

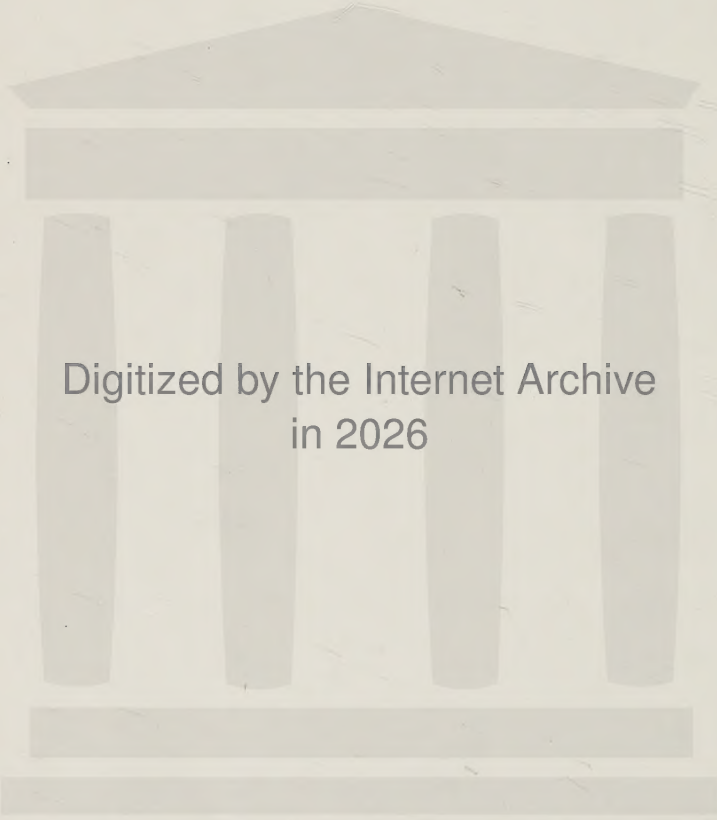
DIE EINGLIEDERUNG BEHINDERTER (REHABILITATION)

VERSUCH EINER SYSTEMATISIERUNG

Inaugural-Dissertation zur Erlangung
des akademischen Grades eines Doktors der Rechte
durch die
Rechtswissenschaftliche Abteilung
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von
Erich Blum
4156 Willich 3

1979



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546403_0027

DIE EINGLIEDERUNG BEHINDERTER (REHABILITATION)

VERSUCH EINER SYSTEMATISIERUNG

Inaugural-Dissertation zur Erlangung
des akademischen Grades eines Doktors der Rechte
durch die
Rechtswissenschaftliche Abteilung
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von
Erich Blum
4156 Willich 3



Dekan: Prof. Dr. Herzberg

Erstberichterstatter: Prof. Dr. Wertenbruch

Zweitberichterstatter: Prof. Dr. Gitter

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Februar 1979

	<u>Seite</u>
Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	VII
Literaturverzeichnis	X

INHALTSVERZEICHNIS

E i n l e i t u n g	1
I. Die Bedeutung der Einordnung reha- bilitativer Maßnahmen in das so- zialrechtliche Leistungssystem	1
II. Das sozialrechtliche Leistungssystem	5
III. Zur Terminologie	10
IV. Der Gang der Untersuchung	12
E r s t e s K a p i t e l	
Die Rehabilitation als Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung	13
I. Der Versicherungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung	13
II. Die Einbeziehung der "Behinderung" in den Schutzbereich der gKV	20
1. Die Rolle medizinischer Maßnahmen im Rehabilitationsgeschehen	20
2. Körperersatzstücke usw. als Bei- spiel der Leistungen der gesetz- lichen Krankenversicherungen	23
3. Die krankenversicherungsrechtliche Leistung "Belastungserprobung und Arbeitstherapie"	27
III. Ergebnis	28

Z w e i t e s K a p i t e l

Die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung	32
I. Die Erwerbsfähigkeit als Versicherungsgegenstand	33
II. Der Unterschied von Krankenpflege und medizinischen Leistungen zur Rehabilitation i.S. der Rentenversicherung	37
1. "Krankheit im rentenversicherungsrechtlichen Sinne"	38
2. Der Leistungsgrund als Abgrenzungskriterium	42
III. Die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit als Versicherungsfall der gesetzlichen Rentenversicherung	46
IV. Ergebnis	49

D r i t t e s K a p i t e l

Die Leistungen zur Rehabilitation im Recht der Arbeitsförderung	50
I. Die Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der Zielsetzung des AFG	50
II. Der "Nachrang" der Leistungen zur Rehabilitation nach dem AFG	55
III. Ergebnis	59

V i e r t e s K a p i t e l

Die Leistungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung	60
I. Der Risikobereich der gesetzlichen Unfallversicherung	61

II. Die Funktion der Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung	64
III. Das Verhältnis unfallversicherungsrechtlicher Rehabilitationsleistungen zu denen anderer Sozialversicherungsträger	65
1. Abgrenzung zu den Leistungen in der gKV	65
2. Abgrenzung zu den Leistungen zur Rehabilitation in der Rentenversicherung	69
3. Abgrenzung zu den Rehabilitationsleistungen der Bundesanstalt für Arbeit	71
IV. Ergebnis	

F ü n f t e s K a p i t e l

Die Rehabilitation im Recht der sozialen Entschädigung	73
I. Die Leistungsprinzipien des Bundesversorgungsgesetzes	75
II. Der Stellenwert der Rehabilitation im Bundesversorgungsgesetz	77
1. Heil- und Krankenbehandlung - medizinische Leistungen zur Rehabilitation	78
2. Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation	83
III. Ergebnis	84

S e c h s t e s K a p i t e l

Die Rehabilitation in der Sozialhilfe	86
I. Die Grundprinzipien der Sozialhilfe	86
II. Die relevanten Hilfearten	89
1. Die Krankenhilfe	90
2. Die Eingliederungshilfe für Behinderte	93
a) Das Ziel der Eingliederungshilfe	93
b) Die Eingliederungshilfe als subsidiäre und originäre Leistung der Sozialhilfe	93
3. Die Bedeutung der Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung (§ 29 Abs.1 Nr.3 AT-SGB) für die Rehabilitation im BSHG	99
III. Die Stellung des BSHG zu den übrigen Sozialleistungsgesetzen	101
1. Die Sonderstellung der Rehabilitation im BSHG als nachrangiger Leistungskodifikation	102
2. Die Vorschläge der Bundesregierung zur Einbeziehung der Sozialhilfe in das Rehabilitationsangleichungsgesetz	104
IV. Ergebnis	107

S i e b e n t e s K a p i t e l

Die Rehabilitationsleistungen des Schwerbehindertengesetzes	109
I. Der vom Schwerbehindertengesetz erfaßte Personenkreis	111

	<u>Seite</u>
1. Die "Minderung der Erwerbsfähigkeit	111
2. Die Gleichstellung gem. § 2 SchwbG	115
II. Die Rehabilitationshilfen des Schwerbehindertengesetzes	118
1. Die arbeitsrechtlichen Hilfen	118
2. Die sozialrechtlichen Hilfen	121
III. Ergebnis	125

A c h t e s K a p i t e l

Die Rehabilitation als Gegenstand des Systems der sozialen Sicherung	127
I. Die Rehabilitation innerhalb des gegliederten Systems	127
1. Die sozialpolitischen Zielsetzung der Rehabilitation	128
2. Die Abhängigkeit des "Bedarfsfalles" von den Risiko- und Zurechnungsbereichen	132
II. Die Folgen dieser Abhängigkeit als Ausdruck der "Systemgerechtigkeit"	138
1. Die Unterschiedlichkeit der Leistungen	139
2. Die Zuständigkeitsschwierigkeiten	140
3. Die "Einheit des Rehabilitations-trägers i. S. § 5 Abs. 2 RehaAnglG	143

	<u>Seite</u>
III. Die Notwendigkeit von Koordinationsinstrumenten	144
1. Die Zusammenarbeit der Träger	144
2. Der Gesamtplan	146
a) Der Inhalt des Gesamtplanes	147
b) Die Rechtsproblematik des Gesamtplanes	
IV. Ergebnis	153

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

a.A.	am Anfang
a.a.O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
a.E.	am Ende
ÄM	Ärztliche Mitteilungen
a.F.	alte Fassung
AN	Amtliche Nachrichten
Anm.	Anmerkung
AP	Arbeitsrechtliche Praxis
ArbVers	Arbeiterversorgung
AReha	Anordnung über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit
AVAVG	Gesetz über Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenversorgung
AVG	Angestelltenversicherungsgesetz
AZ	Aktenzeichen
BAB1	Bundesarbeitsblatt
BBG	Bundesbeamtengesetz
BBiG	Bundesbildungsgesetz
Bd.	Band
BGB1	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BKK	Die Betriebskrankenkasse
BKVO	Berufskrankheitenverordnung
B1.	Blatt
BR	Bundesrat
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungen des Bundessozial- gerichts
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT	Bundestag
BVB1	Bundesversorgungsblatt
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungs- gerichts
BVG	Bundesversorgungsgesetz

Der med.Sachverst.	Der medizinische Sachverständige
ders.	derselbe
Die Reha	Die Rehabilitation
Diss.	Dissertation
DOK	Die Ortskrankenkasse
DRV	Die Rentenversicherung
EuM	Entscheidungen und Mitteilungen
FEVS	Fürsorgerechtliche Entscheidungen der Verwaltungs- und Sozialgerichte
Fußn.	Fußnote
G	Gesetz
GE	Grundsätzliche Entscheidung
gem.	gemäß
Ges.Komm.	Gesamtkommentar
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Gr.Sen.	Großer Senat
GSB	Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
h.M.	herrschende Meinung
hrsg.	herausgegeben
i.d.F.	in der Fassung
Int.Zeitschr.f. Phys.Med. u.Reha	Internationale Zeitschrift für Physi- kalische Medizin und Rehabilitation
i.S.	im Sinne
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
JZ	Juristenzeitung
Kap.	Kapitel
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVRS	Die Krankenversicherung in Recht- sprechung und Schrifttum
LFZG	Lohnfortzahlungsgesetz
LSG	Landessozialgericht
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
n.F.	neue Fassung
NJW	Neue Juristische Wochenschrift

PsychKG NW	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke des Landes Nordrhein-Westfalen
RehaAnglG	Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation
Rdz.	Randziffer
RGBl	Reichsgesetzblatt
RKG	Reichsknappschaftsgesetz
Rspr.	Rechtsprechung
RVA	Reichsversicherungsamt
RVO	Reichsversicherungsordnung
s.	siehe
S.	Seite, Satz
Schwbg	Schwerbehindertengesetz
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit
SGB	Sozialgesetzbuch
Slg.	Sammlung
sog.	sogenannt
SozR	Sozialrecht, Rechtsprechung und Schrifttum bearb. v. Richtern des BSG
SozSich	Soziale Sicherheit
Sp.	Spalte
Sten.Ber.	Stenographischer Bericht
StGB	Strafgesetzbuch
u.a.	und andere
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZfS	Zeitschrift für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung
ZfSH	Zeitschrift für Sozialhilfe
zit.	zitiert
ZSR	Zeitschrift für Sozialreform
ZVersWiss	Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft

LITERATURVERZEICHNIS

- Bauer, M. - Bosch, G. u.a. Psychiatrie, Stuttgart 1973
- Becker, H.-J. Gesetz über die Beschäftigung
Schwerbeschädigter
2.Aufl., Berlin, Frankfurt,
1962
- Beisiegel, M. -
Kaddoumi, M. u.a. Die medizinische Rehabili-
tation des Hemiplegikers -
eine Gemeinschaftsaufgabe
in: Die Rehabilitation 1974,
S. 36 ff.
- Bennett, D. Die Bedeutung der Arbeit für
die psychiatrische Rehabili-
tation
in: Sozialpsychiatrische Texte,
v. Cranach/Finzen (Hrsg.),
Berlin 1972, S. 68 ff.
- Bialonski, H. Rehabilitation als Beitrag zur
sozialen Sicherung
in: Rehabilitation, Frankfurt
1965, S. 1 ff.
- Bley, H. Das Recht der Sozialleistungs-
verwaltung als Teil des Systems
öffentlich-rechtlicher Kom-
pensationsleistungen
in: SGB 1973, S. 479 ff.
- Bley, H. Sozialgesetzbuch
in: RVO-Gesamtkommentar,
Wiesbaden, Loseblatt
- Bogs, W. Grundfragen des Rechts der
sozialen Sicherheit und seiner
Reform
Berlin, 1955
- Bogs, W. Die Vorsorge im System des
Sozialrechts
in: ZSR 1969, S. 654 ff.

- | | |
|-------------------------------|--|
| Forsthoff, E. | Rechtsfragen der leistenden
Verwaltung, Stuttgart 1959 |
| Gesamtkommentar zur RVO | Wiesbaden, Loseblatt |
| Gitter, W. | Schadensausgleich im Arbeits-
unfallrecht, Tübingen 1969 |
| Gitter, W. | Zur Weiterentwicklung der So-
zialversicherung,
in: Festschrift für Horst
Peters, Stuttgart 1975, S. 59 ff. |
| Gitter, W. - Schnapp, F.E. | Erhöhte Verantwortung der All-
gemeinheit für Personenschäden,
in: JZ 1972, S. 474 ff. |
| Gottschick, H. -
Giese, D. | Das Bundessozialhilfegesetz,
Kommentar, 5.Aufl., Köln 1974 |
| Haines, H. | Soziale Rechte - Ein Beitrag
zur Konkretisierung des So-
zialstaatsgrundsatzes,
in: Das neue Sozialgesetzbuch,
Frankfurt 1972, S. 30 ff. |
| Heinze, H. | Zum Versicherungsfall des
Altersruhegeldes,
in: Soz.Vers.1960, S.187 ff. |
| Henke, N. | Ist die Ausbildungsförderung
noch "Sozial"recht?
in: ZSR 1977, S. 188 ff. |
| Jahn, H.J. | Rehabilitation als Problem
der Medizinsoziologie,
Meisenheim am Glan 1965 |
| Jantz, K. - Zweng, H. | Das neue Recht der Rentenver-
sicherung der Arbeiter und
der Angestellten,
2.Aufl., Stuttgart, Loseblatt |

- Jung, K. Das neue Schwerbehinderten-
gesetz,
in: BABI 1974, S.177 ff.
- Jung, K. - Preuß, B. Rehabilitation - Die An-
gleichung der Leistungen,
Kommentar zum Rehabilitations-
angleichungsgesetz,
Bonn - Bad Godesberg o.J.
- Katsch, G. Warum Rehabilitation?
in: Int.Zeitschr.f.Phys.Med.
und Reha 1961, S. 24 ff.
- Knopp, A. - Fichtner, O. Bundessozialhilfegesetz,
Kommentar, 3.Aufl., Berlin,
München 1974
- Kommentar zur Reichsversicherungsordnung,
Viertes und Fünftes Buch,
hrsg.v. Verband Deutscher Ren-
tenversicherungsträger,
Weinheim/Bergstraße, Loseblatt
- Krasney, O.E. Die Drogenabhängigkeit (Sucht)
als Krankheit im Sinne der ge-
setzlichen Rentenversicherung,
in: DRV 1971, S.325
- Krasney, O.E. Zum Krankheitsbegriff in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(I),
in: Soz.Sich. 1969, S. 43 ff.
- Krauskopf, D. Soziale Krankenversicherung,
2.Aufl., München 1976
- Kreil, J. Die Arbeits- und Erwerbsun-
fähigkeit in der deutschen
Sozialversicherung, o.O. 1935
- Larenz, K. Methodenlehre der Rechtswissen-
schaft, 3.Aufl. Berlin 1975

- Lauterbach, H. Unfallversicherung, 3. und 5. Buch der Reichsversicherungsordnung, Stuttgart, Loseblatt
- Merguet Psychiatrische Anstaltsorganisation, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, Soziale und angewandte Psychiatrie, 1961, S. 78 ff.
- Meyer, W.F. Soziales Entschädigungsrecht - Ein Teilsystem öffentlich-rechtlicher Ersatzleistungen, Diss., Bochum 1974
- Möller, H. Moderne Theorien zum Begriff der Versicherung und des Versicherungsvertrages, in: ZVersWiss 1962, S. 270 ff.
- Niemann, H. Begriff und Eintritt des Versicherungsfalles in der Rentenversicherung, in: Soz.Vers. 1961, S. 190 ff.
- Peters, H. Ein Beitrag zum Begriff der Krankheit, in: Sozialreform und Sozialrecht, Festschr. f. W. Bogs, 1959, S. 293 ff.
- Peters, H. Handbuch der Krankenversicherung, Stuttgart, Loseblatt
- Piloty Das Reichsunfallversicherungsrecht, dessen Entstehungsgeschichte und System, Bd. 1, o.O. 1890
- Podzun, A. - Adolph, W. Zusammenarbeit, Ersatzansprüche und Streitverfahren zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, 2. Aufl., Essen 1963
- Preuss, B. Eine erste Bilanz, in: BAB1 1975, S. 330 ff.

- Rewolle, H.-D. Schwerbehindertengesetz, Handkommentar, Percha, Loseblatt
- Riechels, E. Zur Dogmatik des Versicherungsfalles,
in: Sonderbeilage zu Heft 11
Soz.Vers. 1959, S. 2 ff.
- Rode, K. Was ist Sozialrecht?
in: ZSR 1969, S. 641 ff., 724 ff.
- Rohwer-Kahlmann, H. Die Bereiche des Sozialrechts
aus der Sicht eines künftigen
Sozialgesetzbuches,
in: ZSR 1971, S. 393 ff.
- Rohwer-Kahlmann, H. Das Bundesversorgungsgesetz als
Grundgesetz der sozialen Entschädigung im Sozialgesetzbuch,
in: VdK-Mitteilungen 1971,
S. 200 ff.
- Rüfner, W. Empfiehlt es sich, die soziale
Sicherung für den Fall von
Personenschäden, für welche die
Allgemeinheit eine gesteigerte
Verantwortung trägt, neu zu
regeln?
in: Verhandlungen des 49. Deutschen Juristentages, München
1972 "Sozialrechtliche Arbeitsgemeinschaft"
- Schäfer, H. - Blohmke, M. Sozialmedizin, Stuttgart 1972
- Scheerer, R. Zum Begriff des Versicherungsfalles in der gesetzlichen
Rentenversicherung,
in: DRV 1963, S. 214 ff.
- Schellhorn, W. - Das Bundessozialhilfegesetz,
Jirasek, H. - Seipp, P. 8. Aufl., Neuwied 1974
- Schieckel, H. - Gurgel, H.J. Bundesversorgungsgesetz, Kommentar, Percha, Loseblatt

- Schnapp, F.E. - Meyer, W.F. Zur Entwicklung von sozialen Rechten in der Sozialgesetzgebung,
in: DRV 1973, S. 66 ff.
- Schwerdtfeger, G. Rechtsfragen zur beruflichen Rehabilitation - Subsidiäre Zuständigkeit der Bundesanstalt für Arbeit, Hochschulsstudium,
in: SGB 1976, S.170 ff.
- Siegrist, J. Sozialkulturelle Einflüsse auf die Krankheit,
in: Handbuch der Sozialmedizin Bd.I., hrsg. v. Blohmke - v.Ferber u.a., Stuttgart 1975, S.300 ff.
- Sozialenquäte Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquäte-Kommission, Stuttgart o.J.
- Stolt, E. Die Heilbehandlung nach den Neuregelungsgesetzen,
in: Soz.Sich. 1957, S. 66 ff.
- Tönnis, W. Forderungen für eine wirksame Rehabilitation nach ärztlichen Erfahrungen,
in: BABl 1962, S. 245 ff.
- Töns, H. Integrierung sozialer Leistungen,
in: DOK 1965, S. 296 ff.
- Trachte, H. Die Vereinbarung zwischen Unfallversicherung und Rentenversicherung über die Durchführung von Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung v. 1.8.1967,
in: BG 1967, S. 345 ff.
- Vogelsang, H. Rehabilitationspraxis und Rehabilitationsgesetzgebung,
Diss. med., Köln 1974

- Wallerath, M. Die Harmonisierung der Rechtsgrundlagen der Rehabilitation, in: ZSR 1971, S. 577 ff., 648 ff.
- Wallerath, M. Die Kausalität im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung, in: NJW 1971, S. 230 ff.
- Wallerath, M. Die sozialrechtliche Stellung der in Werkstätten für Behinderte Beschäftigten, in: Die Werkstatt für Behinderte S. 300 ff., Bochum 1972
- Wannagat, G. Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Tübingen 1965
- Watermann, F. Kausalität und Finalität im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung, in: Festschrift für Lauterbach, Berlin 1961, S. 129 ff.
- Watermann, F. Die Ordnungsfunktionen von Kausalität im Recht, Berlin 1968
- Watermann, F. Die gesetzliche Unfallversicherung im Spannungsfeld von Prävention und Rehabilitation, von Kausalität und Finalität, in: Festschrift für H. Peters, Stuttgart 1975, S. 183 ff.
- Weber, R. - Paul, G. Arbeitsförderungsgesetz, Kommentar, Neuwied, Loseblatt
- Wertenbruch, W. Schadensausgleich in der Kriegsopferversorgung als Musterregelung für eine soziale Entschädigung? in: SGB 1972, S. 241 ff.

- Wertenbruch, W. Rehabilitation,
in: Dembowski-Doetsch u.a.
Das neue Sozialgesetzbuch,
Frankfurt 1972, S. 131 ff.
- Wertenbruch, W. Sozialverwaltungsrecht,
in: Besonderes Verwaltungs-
recht, hrsg. v. von Münch,
3. Aufl., Frankfurt 1972,
S. 30 5 ff.
- Wertenbruch, W. Sozialverfassung - Sozialver-
waltung, Frankfurt 1974
- Wertenbruch, W. Perspektiven zum Recht der
Rehabilitation,
in: ZSR 1977, S. 197 ff.
- Wertenbruch, W. Rehabilitation - Recht und
Praxis,
in: SGB 1977, S. 327 ff.
- Wilke, G - Wunderlich, G. Bundesversorgungsgesetz,
Handkommentar, 4. Aufl.,
München 1973
- Wilrodt, H. - Gotzen, O. - Schwerbeschädigtengesetz,
Neumann, D. Kommentar, 3. Aufl., München
1973
- Wolff, H.J. - Bachof, O. Verwaltungsrecht I, 9. Aufl.,
München 1974

E i n l e i t u n g

In neuerer Zeit ist die Rehabilitation verstärkt Gegenstand gesetzlicher Regelungen gewesen. Es sind vor allem zu nennen die 3. Novelle zum BSHG vom 25.3.1974¹⁾, das Schwerbehindertengesetz vom 1.4.1974²⁾, das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7.8.1975³⁾ sowie insbesondere das Gesetz zur Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 15.8.1974⁴⁾ und die Aufnahme der "Eingliederung Behinderter" in den Katalog der sozialen Rechte im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches vom 11.12.1975⁵⁾.

In dieser Arbeit soll versucht werden, die Rehabilitation als Leistungsfall in die Regelungen des Systems der sozialen Sicherung einzuordnen.

I. Die Bedeutung der Einordnung rehabilitativer Maßnahmen in das sozialrechtliche Leistungssystem

Wenn in diesem Zusammenhang von einem "System" gesprochen wird, so ist hiermit herkömmlicherweise gemeint, daß sich einzelne Leistungszweige hinsichtlich ihrer Finanzierung und der Verwirklichung der anspruchsauslösenden Tatbestände in einen der drei Leistungsbereiche Sozialversicherung (§ 4 AT-SGB), der Sozialversorgung ("soziale Entschädigung" § 5 AT-SGB) und der Sozialhilfe (§ 9 AT-SGB) einordnen lassen.

Demgegenüber wird dem Sozialrecht die Qualifikation des "Systems" abgesprochen; vielmehr spreche diese Qualifizierung der sozialrechtlichen Normen von einer "gewissen Selbstzufriedenheit", sei aber auch Aus-

1) BGBI I 1974 S. 777

2) BGBI I 1974 S. 981

3) BGBI I 1975 S. 1061

4) BGBI I 1974 S. 1881

5) BGBI I 1975 S. 3015

druck einer speziellen Sichtweise; ein System sei statischer Natur, ein Sozialrecht müsse dynamisch gehalten werden⁶⁾. Jeder Versuch, von einem System im philosophischen Sinn auszugehen, müsse scheitern, weil das Sozialrecht keine nach einem einheitlichen Prinzip (vor-)geordnete Ganzheit sei.

Es müsse aber auch schwerfallen, Sozialrecht juristisch zu "systematisieren", d.h., nach Zwecksetzungen oder nach (objektiven) Gegenständlichkeiten zu ordnen, sie zu umfassenderen Gruppen zu konzentrieren und das Ganze damit übersichtlicher zu machen: Die in den §§ 2 ff. AT-SGB aufgeführten acht Sozialleistungsbereiche würden einmal entweder an überkommenen Typen (Sozialversicherung, Versorgung, Fürsorge) oder jedenfalls an vorhandene sozialrechtliche Gesetze anknüpfen, die gleichsam "nebeneinander" entstanden seien, zum anderen würden sozialrechtlich abzufangende Bedürfnislagen kommen und gehen⁷⁾.

Eine Untersuchung der Rehabilitationsregelungen in den einzelnen Sozialleistungsgesetzen muß jedoch deren jeweiligen Bedeutungszusammenhang und Kontext sowie ihren systematischen Ort, ihre Funktion im Gesamtzusammenhang des betreffenden Gesetzes berücksichtigen⁸⁾. Die Aufdeckung dieser Sinnzusammenhänge, in denen die einzelnen Rechtsnormen und Regelungen miteinander und mit den leitenden Prinzipien der Rechtsordnung (Art.1 Abs. 1 GG und soziale Rechtsstaatlichkeit⁹⁾) stehen, ist daher Aufgabe der wissenschaftlichen Durchdringung dieses Rechtsgebietes¹⁰⁾.

6) Wertenbruch, Sozialverfassung S. 24

7) Wertenbruch s. Fußn. 6

8) siehe hierzu allgemein: Larenz Methodenlehre 3.Aufl. S. 429

9) Wertenbruch, Sozialverfassung S. 14 ff.

10) Larenz siehe Fußn.8

Die Schwierigkeit einer mit diesem Ziel vorzunehmenden systematisierenden Einordnung rehabilitativer Vorschriften in das sozialrechtliche Leistungsgefüge ist in der "Rehabilitation" selbst begründet, in der Komplexität dessen, was als "Rehabilitation" bezeichnet wird:

"Die Rehabilitation umfaßt alles, was für die Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit eines aus der Bahn geworfenen Organismus getan werden kann, und sie hat seine Neugliederung als tätiges Mitglied der Gesellschaft zum Ziel. Das ist eine umfassende Aufgabe, welche über das rein ärztliche weit hinausgeht und die Zusammenarbeit vieler Kräfte erfordert; denn pädagogische, soziale, juristische und mancherlei andere Probleme sind eingeschlossen"¹¹⁾.

Demgegenüber wird versucht, den Kern der Rehabilitation in ihrem ethischen Postulat zu erfassen, indem etwa die Rehabilitation - philosophisch betrachtet - als die objektivierte Idee von der denkbar besten Koordination des gesellschaftlichen und des einzelpersönlichen Interesses in der modernen Industriegesellschaft definiert wird, mit dem Ziel, die existenzbedrohende Situation der Individuen bei chronischer Erkrankung im Einklang mit ihrer Menschenwürde zu überwinden¹²⁾.

Die Rehabilitation selbst wird "als prozeßhaftes Kontinuum vorwiegend medizinischer, soziologischer, ethischer, ökonomischer, pädagogischer und politischer Verhaltensweisen der Gesellschaft und Einzelner in der Auseinandersetzung der schicksalhaften Gefährdung des menschlichen Lebens durch langwierige Krankheiten" bezeichnet¹³⁾.

Unter "Rehabilitation" werden so nicht nur die einzelnen Maßnahmen verstanden, sondern zugleich auch die Zielsetzungen dieser Maßnahmen selbst. Ziel dieser

11) v. Braunbehrens, Int. Zeitschrift f. Phys. Med. und Reha 1960 Bd. 13/1 im Geleitwort

12) Jahn, Rehabilitation als Problem der Medizinsoziologie S. 42

13) Jahn s. Fußn. 12 S. 43

Arbeit ist es dementsprechend, die Rehabilitation nicht nur funktional, bezogen auf die einzelnen Maßnahmen, in das Leistungssystem einzuordnen, sondern damit einhergehend die einzelnen Leistungsbereiche daraufhin zu untersuchen, inwieweit sie dieser Idee der Rehabilitation gerecht werden können.

Unter diesem Aspekt ist es Aufgabe dieser Untersuchung, die Systematisierung der rehabilitativen Vorschriften zu versuchen, um so die wertungsmäßige Folgerichtigkeit und innere Einheit der auf die "Rehabilitation" bezogenen Regelungen darzustellen¹⁴⁾.

Die Systematisierung dieser Regelungen bedeutet in diesem Sinn, daß geprüft werden muß, ob diese Normen auf der Basis des historisch gewachsenen, bereits vorhandenen Normengefüges folgerichtig und einheitlich ausgestaltet sind¹⁵⁾.

Der Einwand, eine solche Systematisierung lasse außer acht, daß das Sozialrecht wie kein anderes Rechtsgebiet einem ständigen Wandel unterworfen sei, so daß daher nicht von einem "System" des Sozialrechts gesprochen werden könne¹⁶⁾, bezieht sich mithin auf etwas ganz anderes Geartetes. Nach dem diesem Einwand zugrundeliegenden Verständnis ist ein rechtliches "System" nur schwer vorstellbar. Sowohl die wissenschaftliche Erkenntnis als auch die Rechtsordnung selbst sind in zweifacher Weise "offen": Einmal sind wissenschaftliche Erkenntnisse in sich unabgeschlossen, solange wissenschaftliche Arbeit sinnvoll ist; zum anderen wandeln sich die rechtlichen Grundwertungen mit den gesellschaftlichen Verhältnissen¹⁷⁾. Dies bedeutet jedoch nicht, daß die durch die Systematisierung

14) vgl. allgemein Canaris, Systemdenken S.16 ff., 18

15) Larenz, siehe Fußn. 8

16) Wertenbruch, Sozialverfassung S. 24 f.; vgl. Stammler, Theorie der Rechtswissenschaft S.221 f., der "System" außer durch die Merkmale der Ordnung und der Einheit auch durch das Merkmal der Vollständigkeit definiert.

17) Freitag, KV 1976, S.9 m.w.N.

gewonnenen Erkenntnisse in bezug auf die wertungsmäßige Folgerichtigkeit und die immanenten Sinnzusammenhänge der rechtlichen Durchdringung des Handlungskomplexes "Rehabilitation" nicht verwertet werden könnten. Beide Formen dieser "Offenheit" sind vielmehr dem juristischen System wesenseigentümlich und "nichts wäre verfehlter, als etwa ... ein offenes System als einen Widerspruch in sich zu bezeichnen"¹⁸⁾.

Die Systematisierung des Sozialrechts oder eines seiner Teilgebiete, hier die die "Rehabilitation" betreffenden Normen, dient somit der Klärung der Frage, ob und inwieweit diese Normen jene Ordnung und Einheit besitzen, die als Grundlage einer präzisen und systematischen Erfassung sozialer Tatbestände unerlässlich sind.

II. Das sozialrechtliche Leistungssystem

Eine der Möglichkeiten, Sozialrecht zu gliedern, ist die systematische Zuordnung sozialrechtlicher Normen nach ihren Rechtsgründen - Versicherung, soziale Entschädigung und soziale Fürsorge (-hilfe).

Hierbei ist Merkmal der Sozialversicherung, daß sie der "planmäßigen Deckung eines im einzelnen ungewissen, insgesamt aber schätzbaren Geldbedarfs auf der Grundlage eines durch Zusammenfassung einer genügend großen Anzahl von Einzelwirtschaften herbeigeführten Risikoausgleiches"¹⁹⁾ dient. Diese das Versicherungsprinzip aufzeigenden Kriterien werden durch zwei wesentliche Strukturelemente eingeschränkt²⁰⁾: Die Sozialversicherung wird nicht vom Grundsatz der Individualäquivalenz beherrscht, da sie nicht auf das objektive Kriterium der versicherten Gefahr, sondern auf das subjektive der (finanziellen) Leistungsfähig-

18) Canaris, Systemdenken S. 61 ff., 64

19) BVerfGE 11, 105, 112; BSGE 6, 213, 228; Möller, ZVersWiss 1962 S.270 f.; zum Ursprung des Versicherungsdenkens Bogs, Grundfragen S.15 f.

20) Sozialenquäte S.63

keit abstellt. Das zweite Element ist, daß sie durch den Staat bezuschußt werden kann und dieser die Gewährträgerschaft übernommen hat.

Das Merkmal der sozialen Entschädigung ist die Gewährung von Leistungen aus staatlichen Mitteln in Abgeltung eines Sonderopfers²¹⁾, wobei umstritten ist, ob ausschließlich der Aufopferungsgedanke der Grund für die Leistung ist²²⁾ oder ob der Leistungsgrund darin zu sehen ist,²³⁾ daß der Staat sich ohne rechtlichen Zwang eine Rechtsgutbeeinträchtigung aus sozialen Gründen zurechnen läßt²⁴⁾.

Schließlich kann die Sozialhilfe umschrieben werden als kollektive Nothilfe mit der Funktion, tatsächlich bestehende, anderweitig nicht behebbarer Nachteile, die aus einem Defizit an Gütern oder Diensten in der Person des Hilfeempfängers bestehen, durch Befriedigung eines auf das tatsächlich Erforderliche beschränkten Bedarfs auszugleichen²⁵⁾.

In allen drei Bereichen dieses "Systems" sind Sicherungsmechanismen für bestimmte Zustände oder Prozesse des menschlichen Lebens anzutreffen, wie Krankheit, Erwerbsunfähigkeit usw. Durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz ist versucht worden, ein Gebiet der sozialen Sicherung in einer Kodifikation zusammenzuziehen, das nicht in nur einem Bereich der Trias eingeordnet werden kann, das sich vielmehr in alle drei Bereiche erstreckt. Die Ein-

21) h.M. vgl. Bogs, Grundfragen S.18 f.

22) z.B. Rohwer-Kahlmann, Festschrift für Bogs 1959, S.311 ff.; Rübner, Verhandlungen des 49.DJT E 9 f. 47 f.

23) Gitter/Schnapp JZ 1972, 474 ff.; Wertenbruch SGB 1972, 241 ff.; Freitag BKK 1973, 142

24) zum Meinungsstreit Meyer, Soz.Entschädigungsrecht S. 56 - 72

25) so Bley in SGB-Soz.Vers.Ges.Komm.I § 28 SGB Anm.3

gliederung Behinderter kann daher nicht nur nach Rechtsgründen systematisch zugeordnet werden²⁶⁾.

Das heißt jedoch nicht, daß in bezug auf die Systematisierung der "Rehabilitation" das sog. Kausalitätsprinzip nicht die Grundlage bilden könnte. Dies wird allerdings mit der Erwägung begründet, daß für den Behinderten nicht die Ursache, sondern allein die Tatsache seiner Behinderung wichtig sei²⁷⁾. Dies bedeutet jedoch nicht, daß aufbauend auf der Funktion dieser Regelungen die "Rehabilitation" nach finalen Grundsätzen zu systematisieren ist. Wohl kann die Charakterisierung der Leistungen nach ihren Funktionen zur inhaltlichen Bestimmung von Begriffen herangezogen werden²⁸⁾, jedoch wird hierdurch nicht eine Änderung des kausalen Ordnungsgefüges des Sozialrechts oder eines seiner Teilgebiete vorgenommen.

Für eine Einordnung der Vorschriften zur "Rehabilitation" Behinderter in dieses kausale Ordnungsgefüge muß daher ausgehend vom Zweck der "Rehabilitation" untersucht werden, ob und in welcher Weise die im Gesetz vorgesehenen rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen ihrer Funktionen kausal begründet werden können und nach welchen Grundsätzen sie dem geltenden Recht entsprechend gewährt werden. Hierfür ist es notwendig, die einzelnen sozialrechtlichen Institute, wie etwa Krankheit, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit mit den der "Rehabilitation" zugrundeliegenden Lebenssachverhalten zu vergleichen. Hierdurch kann geprüft werden, ob "Rehabilitation" ein selbständiges sozial-

26) Watermann, Festschrift für Peters S.183 ff., 197; Rohwer-Kahlmann s. Fußn. 28; zur Systematisierung nach Funktionen s. Rode, Was ist Sozialrecht in ZSR 1969, S.641 ff., 724 ff. passim, S.726 f.

27) vgl. Watermann, Festschrift für Peters S. 197; Jung-Preuß, Rehabilitation S.5; vgl. auch Amtl. Begründung BT-Drucksache 7/1237 S.51 f.

28) Rohwer-Kahlmann, ZSR 1971, S.399

rechtliches Institut ist oder ob dieses Wort in rechtlicher Hinsicht ein Oberbegriff für verschiedene Regelungen in unterschiedlichen Leistungsbereichen darstellt.

Diese Frage kann nur durch eine systematische Ordnung der rehabilitativen Vorschriften des Sozialrechts beantwortet werden.

Die Kodifizierung des Angleichungsgesetzes hat die Frage nicht lösen können. Der Gesetzgeber hat sich mit der Konzeption dieses Gesetzes zwar gegen die in der sozialpolitischen Diskussion erwogene Alternative entschieden, unter der Bezeichnung "Bundesanstalt für Rehabilitation" eine neue zusammenfassende Stelle zu schaffen, die die bisherigen Träger für Teilaufgaben ablösen sollte. Einer solchen Anstalt sollte die medizinische, soziale und berufliche Hilfe bei allen langfristigen Leiden und Gebrechen zur Aufgabe gemacht werden²⁹⁾.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen die Probleme der Rehabilitation jedoch nicht durch Schaffung einer derartigen zentralen Einrichtung beseitigt werden, sondern durch den langfristigen Versuch der Umstrukturierung des gesamten Systems der Rehabilitation³⁰⁾. Damit ist ein Weg eingeschlagen worden, der unter Beibehaltung des "gegliederten Systems der Rehabilitation" zu einer finalen Ausgestaltung der Rehabilitationsleistungen führen soll³¹⁾: Hierdurch sollen die als "besonders störend empfundenen Nachteile des gegliederten Systems,

29) Achinger in Sozialenquete Rdz. 853 f.

30) Amtl. Begründung BT-Drucksache 7/1237 S. 50 f.

31) Jung-Preuß, Rehabilitation S. 3

nämlich die unterschiedlichen Leistungen und die Zuständigkeitsschwierigkeiten³²⁾ beseitigt werden. Zugleich soll jedoch von der Entscheidung des Gesetzgebers für das gegliederte System mit Selbstverwaltung und Selbstverantwortlichkeit seiner Träger nicht abgegangen werden.

Daneben wird durch das Angleichungsgesetz ein weiteres seit langem erkanntes gesetzgeberisches Problem gelöst, indem einheitliche Sachleistungen während der medizinischen und berufsfördernden Maßnahmen und die einheitliche Ausrichtung der ergänzenden Leistungen und des Übergangsgeldes für alle Träger geregelt werden sollten.

Bereits in der "Sozialenquôte" wird die Frage gestellt, ob es berechtigt sei, gewisse Leidenszustände wegen der Art ihrer Verursachung zu begünstigen, etwa einem Armamputierten verschieden hohe Leistungen zuzugestehen, je nachdem, ob er den Arm durch einen Unfall oder eine Krankheit eingebüßt hat³³⁾. Nunmehr sollen in allen Zweigen der sozialen Sicherung gleiche Leidenszustände gleiche Leistungen zur Folge haben.

Diese funktionale Konzeption der Rehabilitationsvorschriften findet ihre Entsprechung in der Aufnahme der "Eingliederung Behinderter" in den Katalog der sozialen Rechte i.S. § 2 AT-SGB, die ebenfalls rein funktional ausgerichtet sind, ohne sich etwa an der Organisation der Sozialverwaltung zu orientieren³⁴⁾.

Zweck des § 10 AT-SGB ist es, die den Rehabilitationsleistungen anderer Sozialleistungsbereiche zugrundeliegenden einheitlichen Leitvorstellungen

32) Amtl.Begründung BT-Drucksache 7/1237 S.51

33) W.Bogs in: Sozialenquôte Rdz. 210

34) Haines in: Das neue Sozialgesetzbuch S.65

herauszustellen, die in den übrigen sozialen Rechten nicht hinreichend zum Ausdruck kommen. Durch § 2 Abs.1 Satz 2 AT-SGB wird sichergestellt, daß die sozialen Rechte nicht als Anspruchsgrundlagen verstanden oder als solche umfunktioniert werden. Die sozialen Rechte und damit auch § 10 AT-SGB sollen nach der Amtl.Begründung vielmehr "Wegweiser"³⁵⁾ für die durch das SGB erfaßten Leistungsbereiche sein und im Dienst der (subjektiv-rechtlichen) Anspruchsverdichtung (Konkretion)³⁶⁾ stehen.³⁷⁾

Wenn sie auch keine Anspruchsgrundlagen darstellen, so sollen die sozialen Rechte durch § 2 Abs.2 AT-SGB bindende Richtlinien für die Rechtsanwendung und Ermessensausübung der Sozialleistungsträger sein³⁸⁾, die auch durch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit und bei der Rechtmäßigkeitskontrolle des Verwaltungshandelns und bei der Rechtsfortbildung zu beachten seien.

Dementsprechend findet das in § 10 AT-SGB genannte Recht der Behinderten auf Eingliederung seine normative Konkretion in den einzelnen Leistungsgesetzen, die dieses Ziel mit den dort vorgesehenen Maßnahmen zu erreichen suchen.

III. Zur Terminologie

Die Zielbestimmung des § 10 AT-SGB hat eine weitere Frage aufgeworfen: Während das Angleichungsgesetz das Wort "Rehabilitation" benutzt, benennt § 10 AT-SGB

35) BT-Drucksache 7/868, S.19 (I/II)

36) Wertenbruch, Sozialverfassung S. 58

37) Kritisch zu der Konzeption der sozialen Rechte Schnapp/Meyer DRV 1973, S.66 ff.

38) BT-Drucksache 7/3786 S.2 zu § 2

als Ziel der in § 29 AT-SGB aufgeführten Maßnahmen die "Eingliederung Behinderter". Hieraus wird geschlossen, daß "Rehabilitation" und "Eingliederung Behinderter" nicht gleichbedeutend sei³⁹⁾. Der Gesetzgeber habe die alte Bezeichnung "Rehabilitation" ganz bewußt abgelegt, weil sie irreführend und mit ideologischen Vorurteilen und Parolen verbunden sei. "Eingliederung Behinderter" sei etwas Neues und etwas ganz anderes als "Rehabilitation".

Dem könnte man entgegenhalten, daß in der Amtl. Begründung "Eingliederung Behinderter" definiert worden ist mit "Rehabilitation"⁴⁰⁾. Hieraus könnte man schließen, daß die Abweichung von der herkömmlichen Terminologie nicht Ausdruck eines anderen Verständnisses sein sollte oder daß der Gesetzgeber sogar etwas anderes damit bezeichnen wollte, sondern daß der Gesetzgeber hier nur ein Fremdwort durch eine deutsche Bezeichnung ersetzen wollte. Eine derartige Argumentation verkennet jedoch die Komplexität und Problembreite des Wortes "Rehabilitation", die sich nicht durch den Austausch von Worten reduzieren läßt.

Diese Frage soll jedoch erst am Ende dieser Arbeit behandelt werden.⁴¹⁾ Die meisten Leistungsgesetze - RVO, AFG, BVG - bezeichnen die einzelnen Maßnahmen nämlich in Übereinstimmung mit der Terminologie des Angleichungsgesetzes als Maßnahmen zur Rehabilitation⁴²⁾. Da im Verlauf der Untersuchung gerade die einzelnen Maßnahmen systematisiert werden sollen, wäre eine Abweichung von den einzelnen Bezeichnungen nur verwirrend.

39) Wertenbruch, SGB 1977 S.327

40) BR-Drucksache 286/73 S.24 zu § 10

41) siehe 8.Kap. I 1 S.128 ff.

42) siehe 8.Kap. S.130 f.

IV. Der Gang der Untersuchung

Die der Rehabilitation zugrundeliegenden Lebensstatbestände sollen unter die vorhandenen sozialrechtlichen Institute subsumiert und, wenn nötig, von diesen Instituten abgegrenzt werden. Dies geschieht in Anlehnung an die einzelnen sozialrechtlichen Institutionen, wie etwa gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung oder Sozialhilfe.

Zugleich sollen die den einzelnen Sozialgesetzen zugrundeliegende Leistungsprinzipien auf die Rehabilitation übertragen werden, um so eine rechtliche "Systematisierung" zu versuchen.

Bei der Erarbeitung dieser Leistungsprinzipien soll eine Vertiefung jedoch nur insoweit erfolgen, als sie den die Rehabilitation erfordernden Lebensstatbeständen gerecht werden können. Sofern es lediglich um die Auslegung von Vorschriften geht, die zwar mit der Rehabilitation im Zusammenhang stehen, die jedoch keine Hinweise und Anhaltspunkte für die Erfassung der Rehabilitation im sozialrechtlichen Leistungssystem geben können, wird hierauf durchweg verzichtet, weil dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Im Anschluß hieran soll versucht werden, die Rehabilitation zusammenfassend auf den Gesamtrahmen des Rechts der sozialen Sicherung zu übertragen und die sich hieraus ergebenden Folgen für die Rehabilitation insbesondere in sozialpolitischer Hinsicht darzustellen.

E r s t e s K a p i t e l

Die Rehabilitation als Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gKV ist derjenige Leistungsbereich der sozialen Sicherung, der auf den ersten Blick am ehesten geeignet ist, die Rehabilitation und die auf sie verwandten Maßnahmen zu erfassen, da Behinderung und das versicherte Risiko der gKV, die Krankheit, Existenzzustände des menschlichen Lebens sind, die eng miteinander verbunden sind.

Die Einordnung der Rehabilitation in den Risikobereich der gKV ist daher anhand einer Subsumtion der die Rehabilitation erfordernden Lebenstatbestände unter die Normen der gKV vorzunehmen. Hierbei ist darauf abzustellen, inwieweit Inhalt und Zielsetzung der Rehabilitation in den gesetzlichen Schutzbereich der gKV fallen. Dementsprechend muß zuerst der Versicherungsgegenstand der gKV bestimmt werden.

I. Der Versicherungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung

Schlüsselwort für die Gewährung von Krankenpflege ist der Begriff Krankheit, für den es innerhalb der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen keine Definition gibt.

Im allgemeinen wird sozialrechtlich als Krankheit jeder regelwidrige Körper- oder Geisteszustand angesehen, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder

ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat¹⁾. Diese durch die Rechtsprechung entwickelte Definition von "Krankheit" orientiert sich seit der Zeit des Preußischen Oberverwaltungsgerichtes an der auf den pathogenetischen Erkenntnissen beruhenden "Doktrin spezifischer Ätiologie"²⁾ und damit an klinischen Symptomen und Meßwerten.

In neuerer Zeit tauchen jedoch mehr und mehr "abnormale" Lebenszustände und -prozesse auf, die in dieses am pathologischen Prozess orientierte Krankheits-spektrum nicht passen:

"Mit der Veränderung des Krankheitspanoramas hat sich die Medizin zunehmend vor die Frage gestellt gesehen, wie weit eine Übertragbarkeit, eine verallgemeinernde Anwendung des klassischen Krankheitsmodells auf neue klinische Probleme möglich ist. Neue Bezeichnungen wie "funktionelle Störungen", "Systemkrankheiten" u.a. lassen erkennen, daß innerhalb der modernen naturwissenschaftlichen Medizin ein Orientierungswandel stattgefunden hat, der in gewisser Weise den Wandel des Schwerpunktes klinischer Arbeit von kurzfristig therapierbaren Akutkrankheiten zu chronischen oft schleichend verlaufenden, degenerativen Erkrankungen nachzeichnet"³⁾.

Die sich hierdurch andeutende Revision des handlungsanleitenden Krankheitsverständnisses in der Medizin führt dazu, daß die Definition der Rechtsprechung mehr und mehr ungeeignet erscheint, als Zuordnungskriterium verwandt zu werden.

1) feststehende Rspr. des BSG, vgl. BSGE 26, 240 (242)

2) so Dubos, *Miracle of Health*, zit. nach Siegrist, in: *Handbuch der Sozialmedizin* Bd. I S.303

3) Siegrist, in: *Handbuch der Sozialmedizin* Bd. I, S. 302 f.

Zwar erkennt das BSG diese Schwierigkeiten :⁴⁾

"Der Begriff der Krankheit im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung ist mit dem Fortschreiten der medizinischen Erkenntnisse dauernden Wandlungen unterworfen". Es definiert dennoch Krankheit als "objektiv faßbaren regelwidrigen Zustand des Körpers oder des Geistes oder beider zugleich, der von der Norm abweicht und der durch eine Heilbehandlung behoben, gemindert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann". Hierdurch stellt es durch den Bezug auf Regelwidrigkeit und Normabweichung auf eben diese "Doktrin spezifischer Ätiologie" ab.

Zugleich bietet das BSG aber einen Ausweg an, indem es auf die Behandlungsfähigkeit des regelwidrigen und normabweichenden Zustandes hinweist. Zusammen mit dem Kriterium, daß der Leidenszustand ohne ärztliche Hilfe nicht mit Aussicht auf Erfolg behoben, gebessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann⁵⁾, der Behandlungsbedürftigkeit, wird hierdurch die Regelwidrigkeit und die Normabweichung objektiviert.

Hierin sieht das BSG eine Änderung der Rechtsprechung zum Krankheitsbegriff und zwar "ein immer stärker funktionsbezogenes Verständnis des versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffes"⁶⁾.

Das Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit könnte nun darauf hindeuten, daß nur sog. akute Krankheiten erfaßt werden sollen, wohingegen wesentliches Merkmal der Behinderung die Dauerhaftigkeit des Leidens ist. Dies hätte zur Folge, daß Rehabilitationsmaßnahmen, auch wenn sie nur medizinischer Art wären, nicht unter den Begriff der ärztlichen Behandlung i.S.d. § 182 und damit in den Schutzbereich der gKV fallen würden.

4) BSG v. 16.3.1972, BVB1 1972, S.123

5) BSG SozR Nrn. 36, 37 zu § 182 RVO = USK 6985, 69113

6) BSG v. 16.8.1973, E 36, 120 (124)

Dies ist vom RVA⁷⁾ und auch vom BSG⁸⁾ vertreten worden: Das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zur Behinderung sei die "augenblickliche Behandlungsbedürftigkeit im medizinischen Sinne".

Auch heute wird zum Teil die Meinung vertreten, die Gewährung von Heilbehandlung gehöre gleichermaßen zu den Aufgaben der Krankenversicherung und der Rentenversicherung. Die Krankenversicherung habe jedoch überwiegend bei mehr kurzfristigen, akuten Erkrankungen Krankenpflege, Krankenhauspflege usw. zu leisten, die Rentenversicherung müsse im allgemeinen dann eintreten, wenn es sich um länger andauernde Krankheiten und Gebrechen handle, die eine speziellere und umfassendere Heilbehandlung erfordern⁹⁾.

Grundsätzlich liegt Behandlungsbedürftigkeit nach der Rechtsprechung schon vor, wenn der gegenwärtige Leidenszustand zwar noch keine Schmerzen oder Beschwerden bereitet, durch ärztliche Behandlung aber eine Besserung oder Verhütung einer Verschlimmerung oder eine Linderung erreicht werden kann. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheit selbst heilbar ist¹⁰⁾; es genügt vielmehr, daß durch die ärztliche Mitwirkung das Leiden erträglicher gestaltet wird¹¹⁾.

An diesen Grundsätzen, die überwiegend bei der Beurteilung sog. Dauerleiden entwickelt wurden, zeigt sich deutlich, welche Kriterien die Rechtsprechung zur Abgrenzung des krankenversicherungsrechtlichen Schutzes entwickelt hat.

In Fortführung der Spruchpraxis des RVA erkennt das BSG etwa eine angeborene oder erworbene Körperbehinderung als Krankheit an, wenn eine allgemeine, "nicht augenblickliche" Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und es "jedenfalls auch im wohlverstandenen Interesse

7) vgl. dazu insbesondere die RVA-Entscheidung vom 24. Jan. 1940, EuM 46, S. 149

8) BSGE 13, 134

9) BSGE 31, 122 (124) unter Berufung auf Brackmann Bd. III S. 666; vgl. dazu 2. Kap. II 1

10) LSG Niedersachsen Breith. 1967, S. 282

11) LSG Niedersachsen Breith. 1961 S. 782 (784)

der Versichertengemeinschaft liegt, Behandlungsbedürftigkeit und damit Krankheit im Sinne der Krankenversicherung anzunehmen, wenn der gegenwärtige Zustand zwar noch keine Schmerzen oder Beschwerden bereitet, durch ärztliche Behandlung im Frühstadium aber eine wesentliche Besserung oder gar Beseitigung des Leidens und damit eine günstige Wirkung auf die spätere Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann" ¹²⁾.

Der Hinweis auf die günstige Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit wird auch in weiteren Entscheidungen des BSG als Indiz für das Bestehen von Behandlungsbedürftigkeit angesehen ¹³⁾, so daß man darauf schließen könnte, das BSG sähe die Erwerbsfähigkeit als Komponente der Funktion an, die im Falle einer Krankheit gestört ist.

Ausdrücklich führt der 3. Senat jedoch in einem späteren Urteil aus, daß die günstige Wirkung auf die spätere Erwerbsfähigkeit keine Voraussetzung für die grundsätzliche Leistungspflicht der Krankenkassen sei ¹⁴⁾. Vielmehr seien körperliche Mißbildungen dann als Krankheit anzusehen, wenn durch sie eine Heilbehandlung notwendig werde. ¹⁵⁾ Als Ergebnis kann daher festgehalten werden, daß eine Funktionsstörung - erworben oder angeboren - auch nach der neuen Rechtsprechung behandlungsbedürftig sein muß, um einen versicherungsrechtlich relevanten Krankheitswert zu haben.

Das Merkmal "Behandlungsbedürftigkeit" erweist sich somit als Zuordnungskriterium für den Schutzbereich der gKV, wobei dieses Merkmal durch den Begriff "ärztliche Behandlung" ausgefüllt wird.

Die Verwendung dieses Kriteriums durch die Rechtsprechung legt allerdings den Schluß nahe, daß etwa

12) BSGE 13, 134 (136)

13) BSG KVRs 2200/16 - AZ 5 RKn 113/63

14) BSGE 26, 240

15) BSGE 30, 151 m.w.N. = USK 69113

eine prothetische Versorgung oder allgemein, eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht unter den versicherungsrechtlichen Begriff "ärztliche Behandlung" zu subsumieren sei. Dies hätte weitreichende Folgen für die Einbeziehung von Behinderungen in den Risikobereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für die Bestimmung der "ärztlichen Behandlung" als materiellen Gehalt der "Behandlungsbedürftigkeit" gibt § 182 Abs.2 RVO eine einschränkende Konkretisierung. Um in den Schutz der gKV zu fallen, muß sie ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.

Notwendig bedeutet einmal, daß die eine ärztliche Behandlung erfordernde Funktionsstörung überhaupt behandlungsfähig ist, was auch durch die Voraussetzung der Zweckmäßigkeit sichergestellt werden soll. Durch diese Einschränkung und Begrenzung der ärztlichen Behandlung wird ein außerhalb des Juristischen oder Versicherungsrechtlichen liegender Leistungsrahmen bestimmt, der von medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen determiniert ist. Unzweckmäßige, weil medizinisch-wissenschaftlich nicht haltbare Behandlungsformen und -methoden werden nicht vom Versicherungsschutz erfaßt¹⁶⁾.

Der Begriff der ärztlichen Behandlung darf nach Ansicht des BSG¹⁷⁾ aber auch nicht zu eng ausgelegt werden, etwa im Sinne einer lediglich oder vorwiegend medikamentösen Therapie.^V Vielmehr werden z.B. gerade in Trunksuchtsfällen auch psychotherapeutische Maßnahmen und der Einsatz von "natürlichen" Heilmitteln und -methoden, wie einer ärztlich angeordneten und geleiteten Beschäftigungs- oder Arbeitsbehandlung, zu ihr gehören.

16) vgl. dazu BSG SozR Nr.6 zu § 368 d RVO (Zellinjektionen bei Mongolismus)

17) BSG USK 6985 = Breith. 1970, S.188

Als Ergebnis kann man mit dem BSG festhalten, daß sich der Begriff Krankheit von anderen, nicht unter den Schutz der Krankenversicherung fallenden Lebenszuständen abgrenzen läßt, indem man auf die Funktionsstörung des Körpers und des Geistes abstellt, wobei die Funktionsstörung einer ärztlichen Behandlung zugänglich sein muß, d.h., gebessert oder gelindert werden kann oder zumindest die Gefahr einer drohenden Verschlimmerung abgewendet wird.

Wenn die Rechtsprechung in jüngerer Zeit¹⁸⁾ die Gefahr einer drohenden Verschlimmerung einer Situation gleichstellt, bei der die Gefahr der Verschlimmerung zwar nicht wahrscheinlich ist, andererseits aber auch keine entfernte Möglichkeit darstellt, so ist hierin keine Ausweitung oder Änderung des Krankheitsbegriffes zu sehen. Hier offenbart sich vielmehr ein Wandel in der Sicht des funktionellen Elementes des Krankheitsbegriffes, der "notwendigen ärztlichen Behandlung".

Die gleiche Wandlung der Betrachtungsweise ist in den neueren Entscheidungen zur Zahnprothetik¹⁹⁾ festzustellen: Das Fehlen von Zähnen wird zwar - wenn auch ohne besondere Prüfung der Notwendigkeit einer Heilbehandlung - als Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne angesehen, jedoch ist dies keine Abkehr von der anspruchsbegründenden Tatbestandsvoraussetzung der "notwendigen ärztlichen Behandlung". Nach Ansicht des Gerichts impliziert diese Funktionsstörung typischerweise die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung; insoweit anerkennt es nur Funktionsstörungen als Krankheit, bei denen die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung sozusagen "auf der Hand" liegt. Demnach bleibt das Merkmal der "Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung", d.h. der "Behandlungsbedürftigkeit" auch nach der Rechtsprechung des BSG Kriterium

18) BSGE 35,10 = Breith. 1973, S.177; USK 72 183; USK 72 144; alle Urteile vom 20.Okt.1972

19) vgl. etwa BSG v. 12.Dez. 1972 Breith. 1973, S.605

für das Vorliegen einer Krankheit. Durch den Bezug auf dieses Merkmal in Verbindung mit dem der Funktionsstörung wird der Begriff Krankheit somit losgelöst von dem Merkmal der Normabweichung und Regelwidrigkeit und damit von dem bedenklichen Bezugssystem Leitbild - Leitbildabweichung.

II. Die Einbeziehung der "Behinderung" in den Schutzbereich der gKV

Bei der Einordnung der Rehabilitation in diesen Leistungsbereich ist daher zu prüfen, inwieweit diejenigen Lebenszustände, die Rehabilitation erfordern, Krankheit im Sinne der gKV sind.

1. Die Rolle medizinischer Maßnahmen im Rehabilitationsgeschehen

Grundsätzlich wird von der Medizin zwischen zwei Grundformen rehabilitativen Handelns unterschieden: Zwischen den sich an eine akute Krankheit anschließenden Maßnahmen im Stadium der Rekonvaleszenz und den Maßnahmen, die auf eine Behinderung gerichtet sind.

Als Beispiel für die erste Form kann die Behandlung von Hemiplegikern genannt werden²⁰⁾: Nach einer akuten Krankheitsphase, in der das meistens als Insult definierte Geschehen ätiologisch und symptomatisch behandelt wird, gelangt der Kranke in das Tätigkeitsfeld der physikalischen Therapie, die im allgemeinen schon als medizinische Rehabilitation bezeichnet wird - in der Terminologie des Angleichungsgesetzes unterzieht sich der Kranke jetzt medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation.

20) vgl. hierzu Beisiegel, Kaddoumi u.a. in: Die Rehabilitation 1974 S. 36 - 43

Die zweite Form rehabilitativen Handelns soll am Beispiel der Poliomyelitis veranschaulicht werden: Hier werden die Voraussetzungen der Rehabilitation schon im akuten Stadium gesetzt durch richtige Lagerung des Erkrankten, um Kontrakturen, Fehllagerungen und -stellungen zu vermeiden. Aus den stabilen Dauerschäden der Poliomyelitislähmungen ergeben sich daran anschließend rein orthopädische Probleme der Funktionsertüchtigung der defekten Extremitäten und Probleme des zweckmäßig angepaßten Berufseinsatzes.

Zwei verschiedene Rahmentatbestände werden also mit dem Begriff Rehabilitation in der medizinischen Terminologie erfaßt. Häufig werden diese Grundtypen derart miteinander verbunden, daß jede Form medizinischen Handelns unter Rehabilitation subsumiert wird: "Denn am Beginn einer umfassenden Rehabilitation muß praktisch immer eine umfassende medizinische Rehabilitation stehen, die Leistungen der kurativen Medizin beinhaltet. Diese Leistungen: ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, Gewährung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln und Krankengeld sind spezifische Aufgaben der Krankenkassen ..."²¹⁾.

Hier werden ausdrücklich rein kurative ärztliche Leistungen einbezogen und unter Rehabilitation alle Maßnahmen verstanden, die zu einer "restitutio ad integrum" führen. Zum Teil wird in der medizinischen Literatur sowohl für einzelne Teilbereiche der Medizin²²⁾ als auch für die Medizin schlechthin²³⁾ ausdrücklich die Unterscheidung von Therapie und Rehabilitation als sachlich nicht begründet angesehen, da jede Therapie rehabilitative Aspekte habe und Rehabilitation immer therapeutische Bemühungen voraussetze.

21) Vogelsang, Rehabilitationspraxis S. 11

22) z.B. Bauer, Bosch u.a. Psychiatrie S. 240

23) etwa Bialonski, in: Rehabilitation S.1; Schäfer/Blohmke, Sozialmedizin S. 293

Dies erscheint auch einleuchtend, insbesondere weil die Aufgabe des Arztes sich nicht nur auf die Heilung akuter Krankheitssymptome bezieht, sondern notwendigerweise die Behandlung von Krankheitsfolgen mitumfaßt. Es ist daher nicht möglich, eine klare Trennungslinie zwischen medizinisch-kurativen und medizinisch-rehabilitativen Maßnahmen zu ziehen. Dies wird auch dadurch gezeigt, daß die als medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation bezeichneten Leistungen des § 10 RehaAnglG durch eine Änderung des § 182 Abs.1 Nr.1 RVO - wenn auch mit einigen, jedoch unwesentlichen Unterschieden - zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen gemacht worden sind.

Neben anderem umfaßt die Krankenpflege nunmehr auch Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel. Als Begründung wird ausgeführt²⁴⁾, daß der Versicherte auf die für die Rehabilitation bedeutsamen Körperersatzstücke, orthopädischen und anderen Hilfsmittel künftig einen Rechtsanspruch haben sollte, so daß diese Leistungen von allen Trägern der Rehabilitation in gleichem Umfange gewährt würden. Ausgangspunkt dieser Ausführungen ist der Satz, daß auch die Behinderung eine Krankheit sei, wenn sie der Heilbehandlung bedürfe.

Dem ist insofern zuzustimmen, als auch eine Behinderung gewisse krankenversicherungsrechtliche Leistungsansprüche auszulösen geeignet ist, dann nämlich, wenn sie Schmerzen oder Beschwerden verursacht, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen. Falls dies jedoch nicht vorliegt, so ist auch keine Krankheit im Sinne des § 182 RVO gegeben.

Dies wird auch durch die neue Fassung des § 182 RVO nicht geändert. Hierdurch ist zwar der Leistungskatalog, der den Krankheitsbegriff in seiner Substanz konkretisiert, erweitert worden, der Krankheitsbegriff selbst ist jedoch nicht geändert worden. Erst die

24) Amtl.Begründung zum Reg.Entw. BR-Drucksache 517/73, S.63 zu § 21 Nr.5

Behandlungsbedürftigkeit in Verbindung mit der Behandlungsfähigkeit bewirkt, daß eine Funktionsstörung in den Risikobereich der gKV fällt.

Dies soll im folgenden anhand der Grundsätze zur Gewährung von Körperersatzstücken durch die gKV überprüft werden. Gerade diese Leistungen sind hierfür besonders geeignet, da sie ein typisches Beispiel rehabilitativer Maßnahmen sind. Dennoch können sie bei Vorliegen der oben beschriebenen Voraussetzungen auch Pflichtleistungen der gKV sein.

2. Körperersatzstücke usw. als Beispiel der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen

In einer Entscheidung des BSG²⁵⁾ ist die Versorgung mit einer Armprothese dann in Übereinstimmung mit der sonstigen Rechtsprechung zum Krankheitsbegriff als Pflichtleistung der Krankenversicherung angesehen worden, wenn das Gebrechen ohne ärztliche Hilfe nicht mit Aussicht auf Erfolg behoben, gebessert oder vor einer Verschlimmerung bewahrt werden kann. Eine Verschlimmerung brauche hierbei nicht in der Weise "unmittelbar" zu drohen, daß ohne sofortige Behandlung mit dem alsbaldigen Eintritt einer wesentlichen Verschlimmerung zu rechnen sei. Ebenso brauche das Leiden auch noch keine besonderen Schmerzen oder Beschwerden zu bereiten. Es genüge vielmehr, daß es sich unbehandelt wahrscheinlich verschlimmern würde und daß dem Eintritt einer solchen Verschlimmerung mit der größten Aussicht auf Erfolg durch eine möglichst frühzeitige Behandlung entgegengewirkt werde.

Ähnlich argumentiert auch Peters²⁶⁾, der den auch in diesem Zusammenhang wiederum wesentlichen Begriff des Notwendigen im Sinne § 182 Abs.2 RVO im Einzelfall

25) BSGE 30, S.151 = USK 69 113

26) Peters, Festschrift für Bogs, 1959, S.292 (299)

dahingehend auslegen will, daß in den Fällen, die zwar nicht sofort aber nach allgemeiner oder medizinischer Erfahrung später zu einer Behinderung führen, für die Krankenkasse die Verpflichtung besteht, denjenigen Zeitpunkt für die Krankenbehandlung zu wählen, in dem diese die geringsten Kosten und die größten Heilungsaussichten verspricht.

In dem vom BSG entschiedenen Fall drohten ohne die orthopädische Behandlung in Form der Versorgung mit einer Armprothese Gelenkversteifungen, Muskelatropien und statische Fehlhaltungen, die auch mit Wahrscheinlichkeit eingetreten wären. Mithin lag die Voraussetzung einer notwendigen ärztlichen Behandlung vor, so daß die Versorgung mit einer Prothese und auch eine anschließende Übungsbehandlung unter den Begriff der ärztlichen Behandlung zu subsumieren war.

Anders wäre der Fall zu entscheiden gewesen, wenn durch das Fehlen des Unterarmes keine Verschlimmerung des Gebrechens in Form von Folgeschäden hätte verursacht werden können, bzw. wenn sich durch die Prothese keine wesentliche Besserung, sondern "nur" der Ersatz von Körperfunktionen hätte erzielen lassen. Eine Behandlungsbedürftigkeit würde dann nicht vorliegen. Dennoch wäre in einem solchen Fall eine rehabilitative Maßnahme möglich, die jedoch nicht auf die Verbesserung von Körperfunktionen ausgerichtet wäre, sondern eben auf den Ersatz.

Der durch das Angleichungsgesetz eingeführte § 182 b RVO gibt nun jedoch jedem Versicherten einen Anspruch auf die orthopädische Versorgung, die erforderlich ist, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder eine körperliche Behinderung auszugleichen. Diese Konkretisierung des § 182 Abs.1 Nr.1 c RVO scheint den entwickelten Abgrenzungskriterien jedoch entgegenzustehen.

Ausdrücklich nennt das Gesetz auch den Ausgleich einer körperlichen Behinderung als Grund für die orthopädische Versorgung. Dies allein kann nach den Leistungen der gKV zugrundeliegenden Krankheitsbegriff jedoch nicht leistungsauslösend sein. Das Abstellen auf den Ausgleich einer körperlichen Behinderung, ohne zugleich mit der orthopädischen Versorgung eine essentielle Besserung des Leidens oder Linderung der damit verbundenen Schmerzen herbeizuführen, würde den wesentlichen Grund der ärztlichen Behandlung, die Behandlungsbedürftigkeit, nicht berücksichtigen. Durch § 182 b RVO wird dieser innere Zusammenhang zwischen Leistung der gKV und Behandlungsbedürftigkeit nicht gelöst.

In der Amtl. Begründung²⁷⁾ wird diese Regelung deshalb als notwendig erachtet, weil der bisherige § 187 Nr.3 RVO für die Leistungen zur Rehabilitation nicht ausreiche. Nach dieser früheren Regelung konnte die Kasse nur Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zubilligen, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten. Daher hätte der Begriff des Hilfsmittels erweitert werden müssen.

§ 182 b RVO ist jedoch nur eine Konkretisierung des § 182 Abs.1 RVO, d.h. der Grund für die Gewährung der orthopädischen Versorgung ist der gleiche wie bei der Krankenhilfe allgemein, also die Krankheit. Die Leistung kann dementsprechend nur dann gewährt werden, wenn das Leiden selbst beseitigt, gebessert oder vor einer Verschlimmerung bewahrt werden kann. Nicht jede körperliche Behinderung bewirkt somit den Anspruch auf diese Leistung, sondern es muß in gesundheitlicher Hinsicht die Voraussetzung für eine Wiedereingliederung oder mit anderen Worten, für eine Rehabilitation geschaffen werden können²⁸⁾.

27) BT-Drucksache 7/1237 S.64 zu § 21 Nr.7

28) Brackmann, Handbuch S. 666 d I

Die Abgrenzungen zwischen der Krankenversicherung und den anderen Leistungsbereichen sind somit durch das Angleichungsgesetz nicht einfacher geworden. Im Gegenteil sind durch die gleichlautenden Formulierungen die grundsätzlich notwendigen Trennungslinien der einzelnen Leistungsbereiche zum Teil verdeckt worden. Umso notwendiger ist es, sich zu vergegenwärtigen, daß auch eine medizinische Behandlung nicht schlechthin in den Risikobereich der gKV fällt, wenn eine Funktionsstörung des menschlichen Organismus vorliegt. Entscheidend ist für die Zuordnung in die gKV, ob die Behandlung unter medizinischen Gesichtspunkten notwendig ist, oder ob sie zum Zweck der Wiedereingliederung in Arbeit und Gesellschaft angezeigt ist.

Der Krankheitsbegriff selbst und damit das entscheidende Zuordnungselement für die gKV ist durch das Angleichungsgesetz nicht weiter entwickelt worden. Die Unterscheidung zwischen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation i.S. § 10 RehaAnglG und der Krankenhilfe i.S. § 182 Abs.1 RVO setzt vielmehr auch weiterhin an den Kriterien der Behandlungsbedürftigkeit und der Behandlungsfähigkeit an und damit an den funktionalen Elementen des Krankheitsbegriffs.

Am § 182 b RVO zeigt sich, in welchem Maße der innere Zusammenhang eines Normengefüges und seine einheitliche Ausgestaltung Einfluß auf die Interpretation und Rechtsanwendung einer einzelnen Norm hat. Dem Wortlaut nach gibt § 182 b RVO jedem Krankenversicherten Anspruch auf Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die eine körperliche Behinderung ausgleichen. Dieser Anspruch steht jedoch unter der durch das System der Krankenversicherung bewirkten Einschränkung, daß nur solche Leistungen gewährt werden, die sich auf die direkten Auswirkungen des Leidens selbst beziehen. Eine Blindenschreibmaschine etwa ist im Gegensatz zu einer Brille von einer Krankenkasse nicht zu gewähren.

Eine medizinische Maßnahme unterfällt dem krankenversicherungsrechtlichen Schutz demnach dann, wenn sie das Leiden selbst bessern, lindern oder vor einer Verschlimmerung bewahren kann. Die gKV ist jedoch nicht zuständig für Maßnahmen, die das "Handikap Behinderung" ausgleichen sollen.

Dieses Ergebnis soll im folgenden noch einmal am Beispiel der Leistung des § 182 Abs.1 Nr.1 e RVO und des § 10 Nr.5 RehaAnglG verdeutlicht werden.

3. Die krankenversicherungsrechtliche Leistung "Belastungserprobung und Arbeitstherapie"

Ziel der Belastungserprobung ist die Feststellung der gesundheitlichen Belastbarkeit eines Kranken oder eines Behinderten in bezug auf eine Erwerbstätigkeit. Die Arbeitstherapie stellt darauf ab, daß der Kranke zweckgebundene und sinnbezogene Tätigkeiten verrichtet in Form jeder nutzbringenden Arbeit.²⁹⁾ In Versuchen hat sich gezeigt³⁰⁾, daß z.B. bei psychisch Kranken ein Anstieg der Arbeitsleistung unter aktiver Stimulierung mit einer signifikanten Abnahme von Verhaltensabnormitäten einherging. Andererseits vermittelte die Arbeit unter wachsenden Anforderungen über immer längere Zeiträume dem Patienten Gelegenheit, seine bewußten und unbewußten Ängste in einer realen Arbeitssituation zu meistern.

Diese Arbeitstherapie ist daher vom BSG als "natürliches Heilmittel" anerkannt und als solches dem Begriff "ärztliche Behandlung" subsumiert worden³¹⁾. Diese Leistung muß somit von den Krankenversicherungsträgern übernommen werden, wenn der Leidenszustand

29) Merguet in: Psychiatrie der Gegenwart Bd III S.88 f.

30) vgl. die bei Bennet in: Sozialpsychiatrische Texte S. 68 (72) aufgeführten Nachweise

31) BSG USK 69 85, vgl. auch BSGE 30, 270 (271), SozR Nr. 21 zu § 184 RVO

u.a. dieser Behandlung "bedürftig" ist, d.h., wenn er ohne diese ärztliche Hilfe nicht mit Aussicht auf Erfolg behoben, gebessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann.

Die Leistungserprobungen werden demgegenüber in der Regel erst dann durchgeführt, wenn die Krankheit, soweit dies möglich ist, abgeheilt ist, oder wenn geprüft werden soll, inwieweit eine Behinderung der Erwerbstätigkeit eines Probanden entgegensteht. Sie werden mit dem Ziel der Feststellung einer noch vorhandenen oder wiedererlangten Erwerbsfähigkeit durchgeführt. Daher weisen die Belastungserprobungen keinen direkten Zusammenhang mit der Krankheit auf, sie werden nicht wegen nachgewiesener Behandlungsbedürftigkeit durchgeführt. Erst hierdurch würden sie jedoch in den Schutzbereich der gKV fallen.

Der innere Zusammenhang der krankenversicherungsrechtlichen Regeln ist hier demnach durchbrochen. Zwar ist in § 182 d RVO bestimmt, daß diese Leistung von der gKV nur subsidiär zu gewähren ist, jedoch ändert diese Regelung nichts an der grundsätzlichen Leistungsverpflichtung. Auf der anderen Seite wird in bezug auf die Arbeitstherapie, die als natürliches Heilmittel angesehen wird und damit als Gegenstand der ärztlichen Behandlung, die eigentliche und originäre Leistungsverpflichtung der gKV durch die Subsidiaritätsklausel aufgehoben.

III. Ergebnis

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß nicht jede medizinische Maßnahme, die in § 10 RehaAng1G aufgeführt ist, zugleich Krankenpflege i.S. § 182 RVO ist.

Obgleich die Substanz ärztlichen Handelns der einzelnen Behandlungen durchaus gleich sein kann, werden solche ärztlichen Maßnahmen nicht in den Risikobereich und damit in die Zuständigkeit der gKV einbezogen, die nicht auf die Beseitigung, Besserung oder wenigstens Linderung einer Funktionsstörung des menschlichen Körpers oder Geistes gerichtet sind. Das bedeutet, daß die Aufnahme der Krankenversicherungsträger in den Kreis der Träger der Rehabilitation keine materiellen Auswirkungen auf den Versicherungsgegenstand "Krankheit" hat. Zugleich ist damit die Frage verneint, ob durch das Angleichungsgesetz der Krankheitsbegriff weiter entwickelt worden ist.

Dies wird allerdings insoweit angenommen³²⁾, als nunmehr auch für die dauernde Beeinträchtigung oder Aufhebung der Fähigkeit zur Verrichtung von Arbeit, der Ausübung eines Berufes oder der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben infolge Behinderung Leistungen der Krankenhilfe notwendig würden. Diese Meinung verkennt jedoch, daß zwar der Wortlaut der §§ 182 Abs.1 RVO und 10 RehaAnglG weitgehend gleich ist, daß durch § 10 RehaAnglG jedoch keine materielle Änderung der bestehenden Rechtslage herbeigeführt worden ist.

Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen eines Rehabilitationsträgers richten sich nämlich gem. § 9 RehaAnglG auch weiterhin nach den für den Rehabilitationsträger geltenden besonderen Rechtsvorschriften, nunmehr allerdings entsprechend den Grundsätzen der §§ 10 - 20 RehaAnglG. In der Amtl. Begründung heißt es hierzu, daß das gegliederte System durch dieses Gesetz nicht angetastet werden soll und daß deshalb die für die einzelnen Träger geltenden Leistungsgesetze weiterhin ihre eigenständige Bedeutung behalten.³³⁾

32) Schroeder-Printzen in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung § 182 Anm. 2.1

33) BT-Drucksache 7/1237 S.57 zu § 9 Abs.1

Durch das Angleichungsgesetz ist aber auch nicht für die gKV ein weiterer Versicherungsfall, etwa der der Behinderung, normiert worden. Dies hat sich gezeigt, als § 182 b RVO daraufhin untersucht wurde, ob etwa eine Behinderung schlechthin Leistungen der Krankenversicherung nach sich zieht.

Wenn nach der hier vertretenen Meinung das Angleichungsgesetz zu keinen materiellen Änderungen der bisherigen Leistungsprinzipien der gKV geführt hat, so stellt sich die Frage, welche Bedeutung dann die Aufnahme der Träger der gKV in den Kreis der Rehabilitations-träger hat.

Die Amtl. Begründung beantwortet diese Frage unter Hinweis auf die Verzahnung von den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation mit der Krankenversicherung³⁴⁾. Hierdurch wird offenbar, daß der Gesetzgeber vor der Schwierigkeit stand, die sog. kurative Medizin von den medizinischen Rehabilitationsleistungen abzugrenzen.

Diese Trennung will und kann auch die medizinische Wissenschaft nicht vollziehen. Sie sieht die medizinische Rehabilitation vielmehr als eine spezifische Methode der allgemeinen Therapie, deren Besonderheit in einem begrenzten Aktivierungsprinzip liegt:

"Ziel und Zweck der Wiederherstellungstherapie im Sinne der Rehabilitation ist es meist, aber nicht immer, geeignete Voraussetzungen bei chronisch Kranken für eine neue soziale Eingliederung zu schaffen"³⁵⁾

Die rehabilitative ärztliche Leistung ist andererseits notwendig, um den Erfolg der eigentlichen Behandlung zu sichern, manchmal sogar um ihn zu ermöglichen. So kann die Entgiftung des Süchtigen ohne die sich daran anschließende Entziehungskur den letztendlich beabsichtigten Erfolg der Behandlung nicht bewirken. Gerade bei psychischen Krankheiten wird die-

34) BT-Drucksache 7/1237 S.51 zu 4c

35) Delius in: Int. Zeitschr. für Phys. Med. u. Reh. 1961 S.21

se gegenseitige Abhängigkeit von verschiedenen Maßnahmen sehr deutlich. Daher wird auch gefordert, daß sozialmedizinische Maßnahmen, die normalerweise dem Bereich der Rehabilitation zugeordnet werden, zusammen mit der eigentlichen Heilbehandlung einsetzen³⁶⁾.

Dennoch können solche ärztlichen Maßnahmen nicht zu den typischen therapeutischen Maßnahmen gerechnet werden, ebensowenig wie eine medikamentöse Behandlung zu den rehabilitativen Maßnahmen gezählt werden kann, obgleich ohne sie vielleicht jede Rehabilitation von vornherein zum Scheitern verurteilt wäre.

Betrachtet man diese enge Verknüpfung kurativen und rehabilitativen medizinischen Handelns, so wird deutlich, daß die Abgrenzung von Therapie und Rehabilitation, bzw. Krankheit und Behinderung medizinisch nicht nachvollziehbar ist. Sowohl während der Therapie als auch während der Rehabilitation können ärztliche Leistungen notwendig werden. Der Unterschied der beiden Bereiche stellt sich hinsichtlich der ärztlichen Leistungen mehr oder weniger nur durch das überwiegende Maß dar, in welchem medizinische Leistungen dem Patienten zugute kommen.

Die Einbeziehung der Träger der gKV in den Kreis der Rehabilitationsträger zeigt unter diesen Aspekten die Einsicht des Gesetzgebers in die komplizierten Zusammenhänge medizinischen Handelns. Sie zeigt den Kompromiß, den der Gesetzgeber eingegangen ist, als er die im gesamten Leistungsbereich der sozialen Sicherung verstreuten Rehabilitationsregeln in einem Gesetz zusammenfaßte, zugleich aber das "gegliederte System" soweit als möglich beibehalten wollte.

36) für viele Bauer, Bosch u.a. Psychiatrie S.240

Zweites Kapitel

Die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

Während die Rehabilitation erst durch das Angleichungsgesetz Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung geworden ist, sind Rehabilitationsleistungen bereits seit langem Aufgabe der Rentenversicherung.

Schon das Reichsgesetz über Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 ermächtigte die Landesversicherungsanstalten "für einen erkrankten, der reichsgesetzlichen Krankenfürsorge nicht unterliegenden Versicherten das Heilverfahren in dem in § 6 Abs. 1 Ziff. 1 des Krankenversichertengesetzes bezeichneten Umfang zu übernehmen, sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet".

Bis zum Jahre 1957 blieben die Leistungen der Rentenversicherung im wesentlichen jedoch auf medizinische Maßnahmen beschränkt. Erst das Gesetz vom 23.2.1957 ermächtigte die Rentenversicherungsträger, auch Maßnahmen der Berufsförderung und sozialen Betreuung zu gewähren. Gemeinsam mit den medizinischen Leistungen wurden diese Leistungen als Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bezeichnet.

In bezug auf die Rentenversicherung stellt sich im Rahmen dieser Arbeit demnach nicht die Frage, ob diese Rehabilitationsleistungen erbringt, sondern in welchem Umfang und nach welchen Prinzipien diese Leistungen erbracht werden und in welcher Form diese Leistungen von denen anderer Sozialleistungsträger abgegrenzt werden können.

§ 1236 RVO¹⁾ bindet die Gewährung von Rehabilitationsleistungen an zwei verschiedene Tatbestände: Einmal muß eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte vorliegen, zum anderen muß die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden können.

Die Leistungen beziehen sich damit ausschließlich auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten. Dieser Begriff hat für die Rentenversicherung die gleiche wesentliche Bedeutung wie der Begriff "Krankheit" für die gKV.

Die Schwierigkeit, die bei der Einordnung der Rehabilitation in die Rentenversicherung besteht, liegt darin, daß sich aufgrund der Formulierung der Grundnorm des § 1236 RVO einerseits und der Ausgestaltung der in den §§ 1237 - 1237b RVO genannten Leistungen zur Rehabilitation andererseits keine eindeutigen Abgrenzungskriterien zu anderen Sozialleistungsbereichen ergeben. Eine solche Abgrenzung ist jedoch notwendig, um eine Bestimmung des Standortes und des Stellenwertes der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung vorzunehmen.

Dies soll im folgenden dadurch geschehen, daß der Begriff "Erwerbsfähigkeit" geklärt wird und der Regelungsbereich der Rehabilitationsnormen der Rentenversicherung bestimmt und von dem Geltungsbereich der anderen Sozialleistungsträger abgegrenzt wird.

I. Die Erwerbsfähigkeit als Versicherungsgegenstand

Der Begriff der Erwerbsfähigkeit ist in der Rentenversicherung nicht näher definiert. Er findet sich jedoch in der Unfallversicherung in § 581 RVO und in

1) Das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung nennt in den §§ 1236 RVO, 13 ff AVG und 35 ff RKG Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Da der Wortlaut der drei Gesetze identisch ist, wird im folgenden nur die RVO in der Untersuchung genannt werden.

der Kriegsopferversorgung, § 30 BVG, so daß eine Auslegung sich an diese Vorschriften anlehnen kann. Aber auch die Legaldefinitionen der Berufsunfähigkeit und der Erwerbsunfähigkeit in den §§ 1246 Abs.2 und 1247 Abs.2 RVO geben möglicherweise einen Hinweis auf den Inhalt dieses Begriffs.

Nach § 581 RVO, § 30 BVG ist die Erwerbsfähigkeit die Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen gesamten Kenntnissen und körperlichen sowie geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen²⁾. Damit wird die Erwerbsfähigkeit als die Fähigkeit zur Verrichtung von auf den Erwerb von Geld oder geldwerten Gütern gerichteten Tätigkeiten definiert³⁾. Die Erwerbsfähigkeit ist so primär auf ein materielles Moment abgestellt, das bis zur Neuregelung der Rentenversicherung im Jahre 1957 sogar in berechenbaren Zahlen ausgedrückt war. Die Fähigkeit zum Erwerben wurde "auf die Hälfte dessen, was Personen... zu verdienen pflegen", bezogen (§ 1254 RVO a.F.). Eine derartige mathematische Berechenbarkeit kennt die RVO seitdem nicht mehr.

Bei der Bestimmung der Erwerbsfähigkeit i.S. § 1236 RVO genügt es nach ständiger Rechtsprechung⁴⁾, die bisherige versicherungspflichtige Tätigkeit zur Beurteilung heranzuziehen. Es ist nicht notwendig, daß der Versicherte in dem Bereich der Tätigkeit, auf die er nach § 1246 Abs.2 Satz 2 RVO verwiesen werden könnte, in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist. Vergleicht man hiermit die Legaldefinition der Erwerbsunfähigkeit in § 1247 Abs.2 RVO sowie die dazu ergangene Rechtsprechung, so ist ein wesentlicher Unterschied in

2) Brackmann Bd III S. 664 s; Verbandskomm. § 1236 Rdn. 2

3) Jantz-Zweng § 1246 Anm. II B 1

4) vgl. BSG SozR Nr.4 zu § 1236 RVO = BSGE 28,18

diesem Punkt festzustellen. Danach liegt Erwerbsunfähigkeit vor, wenn der Versicherte eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann. Im Gegensatz zur Berufsunfähigkeit im Sinne des § 1246 RVO ergibt sich aus dem Gesetz, daß der Versicherte sich auf einen weiteren Kreis von Tätigkeiten verweisen lassen muß, da die Möglichkeit einer Verweisungstätigkeit in § 1247 RVO überhaupt nicht vorgesehen ist⁵⁾. Abgesehen von dem Problem, daß dem Versicherten der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen ist, besteht im Rahmen des § 1247 RVO grundsätzlich die Möglichkeit, jeden Versicherten auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsfeldes zu verweisen. Das hat zur Folge, daß der Versicherte auch einen wesentlichen sozialen Abstieg in Kauf nehmen muß⁶⁾. Die Rechtsprechung nimmt jedoch dort eine äußerste Grenze an, wo die Verrichtung einer "sozial besonders niedrig bewerteten Tätigkeit" in Frage steht. Diese "äußerste Grenze" begründet das BSG⁷⁾ aus dem auch im öffentlichen Recht geltenden Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB), der jedoch vom Zumutbarkeitsbegriff des § 1246 Abs. 2 Satz 2 RVO zu unterscheiden sei.

Im Rahmen des § 1236 RVO, wo nur von der Erwerbsfähigkeit die Rede ist, spielen Verweisungstätigkeiten weder im Sinne des § 1246 noch des § 1247 RVO eine Rolle. Vielmehr wird abgestellt auf die bisherige versicherungspflichtige Tätigkeit des Versicherten. Es ist mithin ein wesentlich eingeschränkterer Bereich, der hier zur Beurteilung herangezogen wird. Dieser Bereich soll jedoch wiederum nicht so begrenzt sein, wie etwa bei der Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung.

5) BSGE 19, 147, 150; Gr.Senat BSG 30, 192, 206

6) BSGE 19, 147, 149

7) BSGE 19, 147 (150)

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Erkrankte nicht oder doch nur mit der Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen⁸⁾. Anders als etwa bei der Berufsunfähigkeit kommt es hier ausschließlich auf die zuletzt ausgeübte Beschäftigung und darauf an, ob diese auch weiterhin ausgeübt werden kann, wobei der Erkrankte nicht auf andere Beschäftigungen verwiesen werden darf.

In dem bis zum Inkrafttreten des Angleichungsgesetzes geltenden Recht der gesetzlichen Rentenversicherung ergab sich der Ausschluß der Verweisbarkeit aus § 1237 Abs.3 Buchst.a u. b RVO⁹⁾. Danach umfaßte die im Rahmen von Rehabilitationsleistungen zu erbringende Berufsförderung Maßnahmen zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit im bisherigen (Buchst.a) und die Ausbildung für einen anderen nach der bisherigen Berufstätigkeit zumutbaren Beruf (Buchst. b).

Dementsprechend stellte die Bewilligungspraxis der Rentenversicherungsträger nicht auf die versicherungspflichtige Tätigkeit eines Antragstellers insgesamt ab, sondern auf seine von ihm zur Zeit des Antrages ausgeübte Tätigkeit. Damit näherte sich die Interpretation des Begriffes Erwerbsfähigkeit im Sinne § 1236 RVO der der Arbeitsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz hat sich an diesem Begriffsinhalt der "Erwerbsfähigkeit" nichts geändert. § 1237 a RVO nennt als erste der in Abs.1 beispielhaft aufgeführten Maßnahmen, die "Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes". Damit steht nicht eine abstrakte Erwerbsfähigkeit, sondern der konkrete Arbeitsplatz des Versicherten und dessen Sicherung im Vordergrund. Als eines der Kriterien,

8) BSG 19, 179, 181 im Anschluß an die ständige Rspr. des RVA

9) BSG SozR Nr.4 zu § 1236 RVO = BSGE 28, 18

die bei der Auswahl von berufsfördernden Leistungen nach Abs.2 des § 1237 a RVO angemessen zu berücksichtigen sind, wird auch in der neuen Fassung die bisherige Tätigkeit des Rehabilitanden genannt.

Die Rückführung in den Altberuf ist ja gerade eines der wesentlichen Ziele der "Re"-Habilitation, durch die ein sozialer Abstieg mit den möglicherweise damit finanziell verbundenen Folgen verhindert werden soll. Erst wenn die Erhaltung oder die Rückführung in den alten Beruf nicht mehr möglich ist, sollen Maßnahmen ergriffen werden, die dem Rehabilitanden einen anderen Berufsweg ermöglichen.

Die Spannweite der Kriterien, an denen der Begriff Erwerbsfähigkeit in § 1236 RVO gemessen wird, ist damit gegenüber den bei der Beurteilung einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorhandenen Sachverhalten wesentlich größer. Im Interesse einer effektiven Leistungsgewährung, die - wie sich auch aus der Formulierung "Gefährdung" der Erwerbsfähigkeit ergibt - je nach Lage des Falles präventiven Charakter haben kann, ist sie mit dem Inhalt des Begriffs "Arbeitsfähigkeit", also des Nichtvorhandenseins von Arbeitsunfähigkeit im Sinne § 182 RVO gleichzustellen¹⁰⁾.

II. Der Unterschied von Krankenpflege und medizinischen Leistungen zur Rehabilitation i.S. der Rentenversicherung

Mit dieser Feststellung des Inhaltes des Begriffs Erwerbsfähigkeit ist die Schwierigkeit nur noch größer geworden, die medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung von den Leistungen der §§ 182 Abs.1, 182 b RVO zu unterscheiden. Zwar beziehen sich die rentenversicherungsrechtlichen Leistungen auf die

10) BSG SozR Nr.4 zu § 1236 RVO = BSGE 28, 18

Erwerbsfähigkeit; dieser Begriff ist jedoch so umfassend, daß er für eine Abgrenzung allein nicht ausreicht.

Auch die anspruchsauslösenden Tatbestände der Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge Krankheit, anderen Gebrechen oder Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte können hierzu nicht herangezogen werden, da die Krankheit als kausales Ereignis auch in der gKV anspruchsauslösendes Element ist.

Allerdings wird der Begriff Krankheit in der Rentenversicherung häufig anders als in der gKV definiert. Entsprechend den Zielsetzungen der Rentenversicherung wird hier darunter ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand verstanden, der eine Erwerbsminderung bedingt, gleichgültig, ob Behandlungsbedürftigkeit vorliegt oder nicht¹¹⁾. Weil sich an diesem Problem die Abgrenzung von medizinischen Leistungen der Rentenversicherung zu Leistungen der gKV deutlich zeigt, soll hierauf gesondert eingegangen werden.

1. "Krankheit im rentenversicherungsrechtliche Sinne"

Auch das BSG hat versucht, eine eigenständige Definition der "Krankheit im rentenversicherungsrechtlichen Sinne" zu geben. Am Beispiel der in dem entschiedenen Falle zugrundeliegenden Neurose betont es lediglich die Funktionsstörung in bezug auf die Erwerbsfähigkeit, die durch die Neurose bewirkt wird¹²⁾.

"Dabei ist nicht entscheidend, ob die medizinische Wissenschaft die jeweilige Neurose für eine Krankheit hält; ausschlaggebend ist allein, ob ihr rechtlich

11) Kreil, Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in der deutschen Sozialversicherung S. 89 ff.; Verbandskomm. § 1246 Anm.8; Brackmann Bd III S. 667

12) BSGE 21, 189 (190)

die Eigenschaft einer Krankheit zukommt". Der Krankheitsbegriff umfasse auch die seelischen (seelisch bedingten) Störungen, wenn sie - wie körperliche und geistige Gesundheitsstörungen - durch Willensentschlüsse des Betroffenen nicht oder nicht mehr behebbar seien. Seelische Störungen, die die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in einer vom Betroffenen selbst nicht zu überwindenden Weise "hemmen", seien aber eine "Krankheit im Sinne der Rentenversicherung".

Aus der kumulativen Benutzung der Worte Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit ergibt sich, daß das BSG diese Begriffe im rein faktischen, nicht im technisch-versicherungsrechtlichen Sinne versteht. Die Einwirkung der seelischen Störung auf die individuellen Möglichkeiten, deren sich der Versicherte zu einer Erwerbstätigkeit bedient, sollen danach den "rentenversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff" ausfüllen.

Demgegenüber wird die Gleichartigkeit der Bedeutung des Begriffes Krankheit in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Rentenversicherung, die Identität der Begriffsmerkmale, deutlich in einer Entscheidung des LSG NW aus dem Jahre 1966¹³⁾;

In dem zugrundeliegenden Fall war die Unterbringung eines dreimal wegen Unzuchtsdelikten verurteilten Versicherten nach § 42 b StGB a.F. in einer Heil- und Pflegeanstalt angeordnet worden. Nachdem das LSG - wenn auch ohne konkrete Begründung - den Krankheitswert des Zustandes des Versicherten bejaht hat, führt es weiter aus:

"Daraus... ergibt sich jedoch noch nicht, daß die Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit erfüllt wären. Die Fähigkeit zum Erwerb muß nämlich infolge dieser Krankheit auf weniger als die Hälfte der eines vergleichbaren gesunden Versicherten herabgesunken sein."

13) LSG NW v. 15.7.66 in ZfS 1967, S.113 ff.

Sodann prüft das Gericht, dem Wortlaut des § 1246 RVO folgend, ob die Krankheit oder ein anderer Umstand (hier die Zwangsunterbringung) ursächlich im Sinne einer wesentlichen Bedingung dafür gewesen ist, daß der Versicherte nicht erwerbstätig sein konnte. Es gelangt zu dem Ergebnis, daß nicht die Krankheit, sondern die Unterbringung nach § 42 b StGB a.F. die wesentliche Bedingung für das Unvermögen des Versicherten, seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen, war.

In diesem Urteil, das vom Revisionsgericht zwar aufgehoben worden ist, jedoch aus in diesem Zusammenhang nicht relevanten anderen Gründen¹⁴⁾, wird die Wirkung deutlich, die die Krankheit im Rentenversicherungsrecht zeitigen muß, damit sie in diesem Bereich rechtliche Relevanz entfaltet; Die Krankheit selbst hat noch keine anspruchsauslösende Wirkung; erst das Hinzutreten einer dadurch bedingten Erwerbsminderung oder einer durch die Krankheit bedingten Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bewirkt einen Anspruch, der sich auf die Leistungen der §§ 1236 ff. RVO oder bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen der §§ 1246, 1247 RVO bezieht. Eine versicherungstechnische Notwendigkeit, den rechtlichen Begriff "Krankheit" in einen solchen im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung und einen im Sinne der Rentenversicherung aufzuspalten, besteht demnach nicht¹⁵⁾.

Wenn dennoch von einer "Krankheit im Sinne von § 1246 Abs.2" und damit auch von einer Krankheit im Sinne der Rentenversicherung gesprochen wird¹⁶⁾, so ist dieser Sprachgebrauch verwirrend und trifft nicht den Kern der rentenversicherungsrechtlichen Tatbestandsthematik. Krankheit i.S. der gKV und der Rentenversicherung erweist sich somit als identisches Tatbestandsmerkmal der Leistungsansprüche dieser Sozialleistungsbereiche¹⁷⁾.

14) BSG v. 26.6.69 Breith. 69, S.1075

15) so aber etwa Langkeit, ZVersWiss. 1966, S.31,39

16) etwa Verbandskomm. § 1246 Anm.8; Brackmann Bd. III S. 668 a

17) Eicher-Haase § 1246 Anm. 5 I 1; Krasney Soz.Sich. 69, 43; DRV 71, 326

Nach einer in der Literatur vertretenen Meinung¹⁸⁾ setzt eine Abgrenzung dieser Leistungsbereiche am Krankheitsbegriff selbst an. Als Krankheit wird von dieser Meinung jedoch jeder "regelwidrige Körper- oder Geisteszustand" angesehen. "Die Brücke zu der versicherungsmäßig bereitgestellten Bedarfsdeckung"¹⁹⁾ wird dann mittels der "Heilbedürftigkeit" bzw. der "Arbeitsunfähigkeit" in der gKV und mittels der "Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit" in der Rentenversicherung geschlagen.

Ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand allein braucht jedoch noch keine Krankheit zu sein²⁰⁾; Genauso gut können die Begriffe "Gebrechen" oder "Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte" diese Definition erfüllen. Entscheidend für eine Abgrenzung dieser Begriffe von Krankheit ist, daß diesen die akute Gefährdung der Gesundheit fehlt. Um diese aber in die Definition einzubeziehen, ist es notwendig, die Behandlungsbedürftigkeit als ausschlaggebendes Kriterium anzusehen. Der Zustand nach einer abgeheilten Beinamputation z.B. wird weder in der Rentenversicherung noch in der Krankenversicherung als Krankheit bezeichnet werden, dennoch ist dieser Zustand ein "regelwidriger Körperzustand".

Diese Meinung geht damit von einem wesentlich weiteren Krankheitsbegriff aus, als er hier vertreten wird. Hinsichtlich der Abgrenzungskriterien kann ihr also auch nicht gefolgt werden.

Allerdings bedient sie sich einer Methode, die auch bei dem hier vertretenen Krankheitsbegriff geeignet ist, eine Abgrenzung der beiden Sozialleistungsbereiche zu finden. Sie stellt nämlich auf die in den unterschiedlichen anspruchsauslösenden Tatbeständen zum Ausdruck gekommenen sozialpolitischen Zielsetzungen der gKV und der Rentenversicherung ab²¹⁾.

18) insbes. Krasney SozSich 1969 S.44 unter Hinweis auf BSGE 14, 207, 211 und Brackmann Bd III S.667

19) so Langkeit, ZVersWiss 1966, S.39

20) vgl. dazu 1.Kap. I

21) Gesetzliche Vorschriften, insbesondere § 1236 Abs.3 RVO helfen auch nicht weiter. Diese Regelung geht ja gerade davon aus, daß die betreffende Leistung zu dem potentiellen Aufgabenbereich beider Versicherungs Zweige gehört.

2. Der Leistungsgrund als Abgrenzungskriterium

Die sozialpolitischen Zielsetzungen sind in der Rentenversicherung dahingehend zu interpretieren, daß den Versicherten, die in ihrem Berufsleben Schicksalsschläge durch Krankheit, Gebrechen oder Schwäche ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte erleiden, durch die Rehabilitationsmaßnahmen die Fortsetzung ihres bisherigen oder die Aufnahme eines zumutbaren neuen Berufsweges ermöglicht werden soll²²⁾. Zugleich sollen die Maßnahmen jedoch bereits dazu dienen, den Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit möglichst zu verhindern²³⁾.

Das heißt, Aufgabe der Rentenversicherung im Rahmen der §§ 1236 ff. RVO ist es, diejenigen Leistungen zu erbringen und nur die, welche sich in positiver Weise auf die Erwerbstätigkeit im Sinne einer bisher ausgeübten Berufstätigkeit auswirken. Dies wird auch in der Aufzählung der Aufgaben der Rentenversicherung in § 1226 RVO deutlich.

Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung hingegen ist es, im Bereich der Krankenpflege diejenigen ausreichenden und zweckmäßigen Maßnahmen zu gewähren, die notwendig sind, um einen behandlungsfähigen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand im Sinne einer Funktionsstörung zu beheben.

Aus diesen unterschiedlichen Aufgabenbereichen folgt, daß die gesetzliche Rentenversicherung nur insoweit und nur dann Maßnahmen der Heilbehandlung gewähren darf, wenn über die Behebung der Funktionsstörung hinaus weitere ärztliche Behandlungsmaßnahmen erforderlich werden, um den Versicherten in die Lage zu versetzen, seinen bisherigen Beruf weiter zu verfolgen oder um ihm einen neuen Berufsweg zu ermöglichen.

22) BSG v. 29.2.1968 SozR Nr.4 zu § 1236 RVO

23) BSG v. 27.6.1967 SozR Nr.2 zu § 1236 RVO

In diesem Zusammenhang ist es zur klareren Abgrenzung notwendig, darauf hinzuweisen, daß die Arbeitsunfähigkeit nach dem Gesetz kein anspruchsauslösendes Tatbestandsmerkmal für Krankenpflege im Sinne § 182 Abs.1 und 2 RVO ist. Ein wie auch immer gearteter Einfluß der beruflichen Situation des Krankenversicherten auf Art und Ausmaß der Leistungen der Krankenversicherung ist aus der Anspruchsgrundlage "durch Krankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit" nicht abzuleiten. Eine ärztliche Behandlung im Rahmen der Krankenpflege stellt demnach lediglich auf den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand allgemein ab, ohne Berücksichtigung einer besonderen beruflichen Exponiertheit des Versicherten. Dieser besonderen beruflichen Situation wird vielmehr durch die Maßnahmen der Rentenversicherungsträger Rechnung getragen.

Zur Veranschaulichung dieses Zusammenspiels soll der Sachverhalt eines Urteils des BSG vom 27.6.1967²⁴⁾ dienen:

In dem Fall stritten sich die Beteiligten darüber, in welcher Höhe die beklagte BfA die Kosten des Klägers für Zahnersatz zu übernehmen habe. Bei dem Kläger, einem als Hornisten tätigen Berufsmusiker, war eine Oberkieferzahnprothese eingegliedert und eine Zahnersatzzerweiterung durchgeführt worden. Von der BfA verlangte er die volle Übernahme seines Eigenanteiles, was diese ablehnte und nur einen Zuschuß gewährte.

Das BSG ging in Verfolgung seiner bisherigen Rechtsprechung davon aus, daß die Leistungen nach §§ 12 Nr.1, 13 ff. AVG a.F. (§§ 1235 Nr.1, 1236 ff. RVO a.F.) eine Ermessensleistung des Rentenversicherungsträgers sind. Bei der Prüfung, ob die BfA bei der Zuschußgewährung ihr pflichtgemäßes Ermessen angewandt habe, kommt das BSG dann zu dem Ergebnis, daß sie ihrer Entscheidung nur ihre Rahmengrundsätze zugrundegelegt

24) SozR Nr.3 zu § 1236

habe, ohne den Fall des Klägers individuell, d.h. unter Berücksichtigung der besonderen Situation des Klägers geprüft zu haben. Die Besonderheit des Falles, die zu einer Differenzierung Anlaß geben könne, sei aber in der Behauptung des Klägers über die Notwendigkeit eines besonders haltbaren und kostspieligen Zahnersatzes für seine Berufsausübung zu sehen.

Hier zieht das BSG das entscheidende Kriterium für eine Abgrenzung von Heilbehandlungsmaßnahmen der Kranken- und der Rentenversicherung heran: Die besonderen Auswirkungen einer Krankheit auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten einerseits und die "regelmäßig Behandlungsbedürftigkeit" andererseits. In dem zu entscheidenden Fall genügte ein Zahnersatz geringerer Qualität den Erfordernissen und Zielsetzungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und des Ausreichenden. Die besondere Berufstätigkeit des Klägers jedoch erforderte einen Spezialzahnersatz, damit er seine Erwerbsfähigkeit im Sinne seines bisherigen Berufes wiedererlangte. Die Heilbehandlung war damit in bezug auf den von der gKV nicht abgedeckten, durch die Spezialanfertigung verursachten²⁵⁾ Kostenbetrag eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung.

Auf dieser Grundlage kann eine dem Gesetzeswortlaut und den Vorstellungen des Gesetzgebers entsprechende eindeutige Abgrenzung von Kranken- und Rentenversicherungsleistungen auch in den Fällen vorgenommen werden, in denen der gleiche Leidenszustand sowohl eine ärztliche Behandlung i.S. § 182 Abs.1 RVO als auch medizinische Leistungen zur Rehabilitation i.S. § 1237 a RVO erfordert.

25) Wegen der exemplarischen Bedeutung des Falles soll hier unberücksichtigt bleiben, daß Zahnersatz auch in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Leistung eigener Art mit damals nur teilweiser Kostenersatzung ist (vgl. zum derzeitigen Rechtszustand § 182 c RVO).

Gleiche Abgrenzungsschwierigkeiten liegen im Verhältnis von Rentenversicherung zu Unfallversicherung für den gesamten Rehabilitationsbereich. Aber auch in bezug auf die Berufsförderung und die sozialen Hilfen bestehen diese Probleme bei einer Feststellung von Leistungszuständigkeiten der Rentenversicherung, der Arbeitsförderung und der Hauptfürsorgestellen. Dies soll jedoch erst in den nachfolgenden Kapiteln abgehandelt werden²⁶⁾.

In bezug auf die Leistungen der gKV haben die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation demnach eine eigenständige, aus der Zielsetzung dieses Versicherungszweiges resultierende Funktion.

Nicht zuletzt ist für diese Auffassung zur Abgrenzung der medizinischen Leistungen zwischen der Renten- und der Krankenversicherung auch § 1239 i.d.F. des RehaAnglG heranzuziehen. Diese Vorschrift unterscheidet in Satz 1 zwischen den medizinischen Rehabilitationsleistungen und der von der gKV zu erbringenden Krankenhilfe, Mutterschaftshilfe oder Familienhilfe. Diese Leistungen sind primär zu erbringen, der Rentenversicherungsträger kann sie nur anstelle der Krankenkasse im Benehmen mit ihr übernehmen. Hieraus ergibt sich, daß auch das Gesetz von zwei grundsätzlichen Leistungstypen ausgeht, die - wie oben geprüft - unterschiedliche Zweckbestimmungen haben.

Die den rentenversicherungsrechtlichen Rehabilitationsvorschriften zukommende eigenständige und abgrenzbare Funktion zeigt sich ebenfalls an § 1236 Abs.3 RVO. Nach dieser aus dem früheren Recht übernommenen Vorschrift bleiben die Verpflichtungen anderer Sozialleistungsträger unberührt, soweit diese für die Durchführung von Maßnahmen der Rehabilitation zuständig sind. Eine derartige Regelung setzt voraus, daß die Angleichung der Rehabilitationsleistungen nicht auch die Zuständigkeitsbereiche der Sozialleistungsträger

26) Zur Abgrenzung zu den Leistungen der Unfallversicherung s. 4.Kap. III 2, zu den Leistungen des Rechts der Arbeitsförderung s. 3.Kap.II, zu den nachgehenden Hilfen im Arbeitsleben nach dem SchwbG s. 7.Kap.

angleicht, sondern daß es auch weiterhin unterschiedliche Leistungsbereiche gibt.

III. Die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit als Versicherungsfall der gesetzlichen Rentenversicherung

Der nunmehr geltende Rechtszustand, die eigenständige Bedeutung der Rehabilitationsmaßnahmen im Leistungssystem der Rentenversicherung wirft die Frage auf, ob die Entwicklung der rentenversicherungsrechtlichen Rehabilitation in der Form einen Abschluß gefunden hat, als die leistungsbegründende "Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit" als eigenständiger Versicherungsfall neben den Versicherungsfällen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Alter und Tod bezeichnet werden kann.

Die Beantwortung dieser Frage ist auch dafür von Bedeutung, inwieweit die Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung ihre eigenständige, nur auf die Herstellung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bezogene Funktion innerhalb eines "Systems der Rehabilitation" wahrnehmen können. Wenn die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ein eigener Versicherungsfall ist und keine dem Versicherungsfall "Erwerbsunfähigkeit" zuzuordnende Maßnahme, haben die Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung die gleiche rechtliche Qualität wie etwa die Krankenhilfe der gKV. Die Gleichrangigkeit der Rehabilitation in den einzelnen Sozialleistungsbereichen ist jedoch Voraussetzung für die rechtliche Eigenständigkeit innerhalb eines solchen Systems.

Entscheidend für die Qualifizierung des Rehabilitationsfalles als Versicherungsfall der gesetzlichen Rentenversicherung ist, ob er derart in den Schutzbereich der Versicherung einbezogen worden ist, daß er vom Gesetz-

geber aus sozialpolitischen Gesichtspunkten als deckungswürdiger Bedarfsfall anerkannt worden ist und somit Versicherungszweck geworden ist, d.h. eines der Risiken der gesetzlichen Rentenversicherung darstellt.²⁷⁾

Als Risiken im Sinne einer Versicherung können nur solche Tatbestände angesehen werden, die vom Eintritt eines Ereignisses abhängig sind, das vom Versicherten selbst nicht willkürlich bestimmt werden kann²⁸⁾. Die in § 1226 RVO aufgezählten Aufgaben der Rentenversicherung erfüllen mit Ausnahme der allgemeinen Gesundheitsförderung und der Aufklärung und Auskunft diese Voraussetzung. Dies gilt auch für die "Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit". Auch diese Aufgabe ist vom Eintritt eines Ereignisses, der "Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit", abhängig, das vom Versicherten selbst nicht willkürlich bestimmt werden kann. Demnach ist die "Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit" ein selbständiger Versicherungsfall der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung haben somit die gleiche Qualität wie die Leistungen der gKV.

Dieses Ergebnis wird auch dadurch bestärkt, daß durch § 7 RehaAnglG der Grundsatz "Rehabilitation geht vor Rente" erstmals normativ erfaßt worden ist. Durch diese Vorschrift wird der Rehabilitationsfall als gesonderter Versicherungsfall neben die übrigen Versicherungsfälle der Rentenversicherung gestellt.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen war dem Rentenversicherungsträger bei Anwendung seines pflichtgemäßen Ermessens auch nach dem bisherigen Recht zwar kaum ein Handlungsspielraum verblieben, ob er rehabili-

27) Zum Begriff des Versicherungsfalles vgl. BSGE 20, S.20, S.48; SozR § 1255 RVO Nr.3; SozR § 1248 RVO Nr.38; Niemann, SozVers 1961, S.190; RVO-Gesamtkomm. § 1248 Anm.1; Heinze, SozVers 1960, S.189

28) Riechels, Sonderbeilage zu Heft 11 SozVers 1959; Scheerer, DRV 1963, S.214; BSGE 20, S.48

tierend tätig werden sollte²⁹⁾. Die in § 1235 RVO zum Ausdruck gekommene Systematik der Leistungen der Rentenversicherung hatte ihn auch vor Inkrafttreten des § 7 RehaAnglG verpflichtet, die Rehabilitationsmaßnahmen erst einmal zu erwägen und auf ihren möglichen Erfolg hin zu überprüfen (Frage des "Ob"). In sachgerechter Auslegung des § 1235 RVO mußte eine Rentenbewilligung so lange als unstatthaft angesehen werden, wie nicht alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausgeschöpft waren, die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten zu erhalten, wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen. Hinsichtlich der Art und des Umfanges der einzelnen Leistung (Frage des "Wie") konnten dem Rentenversicherungsträger durchaus Handlungsspielräume eingeräumt sein, die je nach Lage des Einzelfalles unterschiedlich groß waren.

An diesem tatsächlichen Handlungsspielraum ist durch § 7 RehaAnglG zwar nichts geändert worden. Der Rentenversicherungsträger hat immer noch hinsichtlich des "Wie" einer Maßnahme einen Entscheidungsspielraum, den er mit seinem Ermessen ausfüllen muß, er kann sich nunmehr jedoch nicht mehr z.B. auf finanzielles Unvermögen berufen, wenn er eine Maßnahme ablehnt³⁰⁾. Die Kann-Formulierung des § 1236 Abs.1 RVO besagt demnach, zumindest nach dem Inkrafttreten des Angleichungsgesetzes - nicht, daß es sich bei den Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung nicht um Pflichtleistungen handelt. Vielmehr beläßt diese Formulierung dem Rentenversicherungsträger lediglich einen Spielraum zu eigener und eigenverantwortlicher Wahl, die es ihm ermöglicht, den besonderen Umständen und Gegebenheiten des Einzelfalles Rechnung zu tragen³¹⁾.

29) Wertenbruch, Sozialverfassung S.145 f.; a.A. Brackmann Bd III S. 664 K II, Wallerath, WfB S.320

30) Dies sollte vor dem Angleichungsgesetz möglich sein: Ecker, ZfS 1957, S.12; Etmer RVO 4.Buch § 1236 Anm.6; Stolt, SozSich 1957, S.66; wohl auch Wallerath, WfB S.321

31) allgemein zum Ermessen vgl. etwa Erichsen, in Allgemeines Verwaltungsrecht S. 151 ff.

IV. Ergebnis

Als Ergebnis kann daher festgehalten werden, daß die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung Pflichtleistungen sind, die bei Vorliegen des Versicherungsfalles "Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit" zu gewähren sind. Hierbei bedeutet Erwerbsfähigkeit sowohl die Fähigkeit des Versicherten in seinem bisherigen Beruf einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, als auch ganz allgemein sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten einen Erwerb zu verschaffen. Damit erfaßt die Rentenversicherung als Schutzbereich die allgemeine berufliche Lebenssphäre.

Eine Zuordnung medizinischer, aber auch - insoweit soll den folgenden Kapiteln vorgegriffen werden - beruflicher und ergänzender Leistungen zur Rehabilitation in diesen Schutzbereich kann demzufolge nur dann erfolgen, wenn die Leistungen auf diese Erwerbsfähigkeit gerichtet sind. Eine Abgrenzung der gKV von der Rentenversicherung auf der Grundlage des Krankheitsbegriffes erkennt daher nach der hier vertretenen Auffassung nicht nur den Krankheitsbegriff, sondern sie läßt auch die sozialpolitische Zielsetzung der rentenversicherungsrechtlichen Rehabilitation außer acht.

D r i t t e s K a p i t e l

Die Leistungen zur Rehabilitation im Recht der Arbeitsförderung

Die Rehabilitation Behinderter stellt im Arbeitsförderungs-gesetz eine wesentliche Aufgabe dar, die durch das Angleichungsgesetz in erheblichem Maße konkretisiert und erweitert worden ist.

Nach § 57 AFG a.F. "hatte" die Bundesanstalt für Arbeit geeignete Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung zur beruflichen Eingliederung der Behinderten selbst zu treffen, die erforderlich waren, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu bessern oder herzustellen, soweit nicht ein anderer Träger zuständig war. Nunmehr "darf" die Bundesanstalt nach § 57 AFG n.F. berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gewähren, allerdings nur, soweit nicht ein anderer Rehabilitationsträger im Sinne des Angleichungsgesetzes zuständig ist.

Nach allgemeiner Auffassung¹⁾ soll in § 57 AFG die subsidiäre Leistungsverpflichtung der Bundesanstalt geregelt sein. Eine Untersuchung der Leistungen der Bundesanstalt im Rahmen der Zielsetzung des AFG wird jedoch zeigen, daß die Rehabilitationsmaßnahmen dieses Gesetzes nicht subsidiär sind, sondern daß sie eine Aufgabe zu erfüllen haben, die - mit einigen Ausnahmen - keinem anderen Rehabilitationsträger zugewiesen ist.

I. Die Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der Zielsetzung des AFG

Nach § 3 Abs.3 Nr.4 AFG obliegt der Bundesanstalt "die Gewährung von berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation", soweit sie ihr in diesem Gesetz übertragen ist.

1) Weber-Paul, AFG § 57 Anm.1 m.w.N.

Die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzes wird in § 1 AFG als Förderung des Wachstums der Wirtschaft durch Erzielung und Aufrechterhaltung eines hohen Beschäftigungsstandes und durch ständige Verbesserung der Beschäftigungsstruktur bezeichnet. Diesem Ziel sollen alle Maßnahmen des Gesetzes dienen, auch die Maßnahme des § 2 Nr.4, nämlich die "Förderung der beruflichen Eingliederung körperlich, geistig oder seelisch Behinderter".

Auf den ersten Blick scheint die berufliche Eingliederung Behinderter im Hinblick auf die Förderung des Wachstums der Wirtschaft eine Aufgabe darzustellen, die den Rahmen des Gesetzes sprengt. Dieser Eindruck wird verstärkt, wenn der im Rahmen der §§ 56 ff. entsprechend anzuwendende § 36 AFG bestimmt, daß Leistungen zur individuellen Förderung der beruflichen Bildung nur gewährt werden dürfen, wenn der Antragsteller geeignet ist und die Förderung unter Berücksichtigung der Lage und der Entwicklung des Arbeitsmarktes... zweckmäßig erscheint.

Hier scheinen die grundsätzlich verschiedenen Bedürfnisse von Behinderten und Nichtbehinderten zu kollidieren: Der Nichtbehinderte will eine möglichst erfolgsversprechende Tätigkeit erlernen, die Förderung des Behinderten hat in erster Linie das Ziel, die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit erst zu ermöglichen. Dementsprechend heißt es in § 1 AREha²⁾, daß die individuelle Förderung der beruflichen Rehabilitation darauf auszurichten ist, körperlich, geistig und seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern (§ 1 Abs.1 RehaAnglG). Die Förderung könne auch dazu dienen, eine Arbeits- und Berufsförderung vorzubereiten oder darauf gerichtet sein, daß Behinderte beruflich eingegliedert bleiben und dadurch Arbeitslosigkeit vermieden wird. Die Bedürfnisse der Wirtschaft werden überhaupt nicht erwähnt.

2) Anordnung des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter vom 31.Juli 1975, ANBA 1975 S.994 ff

Dennoch heißt es in § 9 AREha, daß Leistungen zur individuellen Förderung nur gewährt werden, wenn u.a. Art und Schwere der Behinderung nach Abschluß der Maßnahmen der beruflichen Tätigkeit und der Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte voraussichtlich nicht entgegenstehen. Für den Sonderfall der Werkstatt für Behinderte bestimmt § 9 Abs.2 AREha einschränkend, daß Leistungen nur dann gewährt werden, wenn festgestellt wird, daß der Behinderte eine Leistungsfähigkeit hat, welche mindestens $\frac{1}{3}$ derjenigen eines Nichtbehinderten in vergleichbarer Funktion beträgt. Demgegenüber gelten als beschäftigt i.S. § 2 Abs.2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter solche Personen, die ohne oder gegen Entgelt in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht.

Die AREha stellt also wesentlich höhere Anforderungen an die vorhandene Leistungsfähigkeit des Behinderten, an der die berufsfördernden Leistungen anknüpfen und auf der sie aufbauen. Da die rehabilitativen Leistungen nach § 56 Abs.1 AFG bestimmt sind, die Erwerbsfähigkeit Behinderter zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen, stellt die Grenze von einem Drittel der Leistungsfähigkeit eines Nichtbehinderten in vergleichbarer Funktion offensichtlich eine Mindestgrenze dar, die nicht unterschritten werden darf, um die Förderungsvoraussetzungen zu wahren.

In der AREha 1970 wurde diese Grenze dadurch gezogen, daß eine Eingliederung i.S. § 57 AFG a.F. das Ziel hatte, daß der Behinderte "ein Einkommen erzielen wird, welches laufenden Lebensunterhalt i.S. des § 22 BSHG für seine Person ausschließt". Demgegenüber sind die Anforderungen in der AREha 1975 angehoben worden und zwar auf eine Höhe, die in keinem anderen Sozialversicherungszweig gefordert wird.

Zieht man die Rehabilitationsleistungen des AFG mit in die Betrachtung ein, so wird deutlich, daß das AFG einen ganz anderen Teil des gesamten Rehabilitationsbereiches erfaßt, als etwa die Rentenversicherung mit ihren berufsfördernden Maßnahmen.

Die Arbeitsverwaltung wird den einzelnen Behinderten gegenüber tätig durch Berufsberatung, durch die Förderung der beruflichen Bildung, durch Arbeitsvermittlung und schließlich durch die Förderung der Arbeitsaufnahme. Neben diesen sog. individuellen Leistungen zur Rehabilitation verpflichtet das AFG die Bundesanstalt zu Leistungen, die den Behinderten nicht direkt betreffen, sondern von denen er nur indirekt Nutzen ziehen kann. Dies sind einmal die Leistungen an Arbeitgeber in Form von Darlehen oder Zuschüssen zur Sicherstellung der Ausbildung Behinderter und zum Ausgleich für eine verminderte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Die andere Leistungsart ist die Förderung von Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, die sog. institutionelle Förderung.

Sowohl die individuellen als auch die institutionellen³⁾ Leistungsarten sind nicht auf die "Erhaltung, Herstellung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit" gerichtet, sondern bauen auf der "erhaltenen, hergestellten oder wiederhergestellten Erwerbsfähigkeit" erst auf. Sie dienen dazu, dem Behinderten einen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu verschaffen, auf dem er diese Erwerbsfähigkeit verwerten kann.

In diesem Sinne sind alle Rehabilitationsmaßnahmen nach diesem Gesetz § 1 AFG entsprechend im Endeffekt auf die Förderung der Wirtschaft ausgerichtet, indem ein hoher Beschäftigungsstand erzielt und aufrechterhalten und die Beschäftigungsstruktur ständig verbessert wird. Hiermit ist ausschließlich der allgemeine Arbeitsmarkt angesprochen, so daß sich auch die Erwerbsfähigkeit i.S. dieses Gesetzes auf die Erwerbs-

3) Dies zeigt sich auch daran, daß nach § 68 ARha eine förderungsfähige Werkstatt für Behinderte von insgesamt 120 Werkstattplätzen mindestens 60 Arbeitsplätze im Produktionsbereich aufweisen muß.

fähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bezieht. Lediglich in einem Teilbereich, nämlich bei der Eingliederung Behinderter in Werkstätten für Behinderte ist aus sozialen Gründen diese Erwerbsfähigkeit durch die AREha 1975 begrenzt worden auf ein Mindestmaß von einem Drittel der vorhandenen Leistungsfähigkeit einer nichtbehinderten Vergleichsperson.

Diese gegenüber den übrigen berufsfördernden Rehabilitationsleistungen grundsätzlich unterschiedliche Funktion der Rehabilitationsleistungen nach § 56 AFG ergibt sich auch aus dem Gesetzeswortlaut.

Im Gegensatz zu § 1237 a RVO ist § 56 Abs.1 AFG fast wörtlich § 11 RehaAnglG nachgebildet worden. Danach werden Leistungen gewährt, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der Behinderten entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu fördern. § 1237 a RVO kennt diese Verbindung von Erwerbsfähigkeit und Leistungsfähigkeit nicht und auch § 1236 Abs.1 RVO stellt nur darauf ab, daß die Erwerbsfähigkeit des Versicherten voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Dieser Unterschied in den beiden gesetzlichen Regelungen verdeutlicht den Unterschied der Zielsetzungen der Maßnahmen und erklärt zugleich die wesentlich engeren Anspruchsvoraussetzungen des AFG und der AREha gegenüber den Leistungen der Rentenversicherung: Während die berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation nach der RVO das Ziel haben, die Erwerbsfähigkeit an sich, d.h. die individuelle Leistungsfähigkeit zu fördern, sind die Maßnahmen nach dem AFG dazu bestimmt, die Wettbewerbsfähigkeit auf dem durch die Regelungen des AFG und der AREha begrenzten und bestimmten Arbeitsmarkt zu verbessern⁴⁾.

4) Weber-Paul, AFG § 56 Anm.2

II. Der "Nachrang" der Leistungen zur Rehabilitation nach dem AFG

§ 57 AFG ist nunmehr auf dieser Grundlage rechtlich zu würdigen. Nach dieser Vorschrift darf die Bundesanstalt berufsfördernde und ergänzende Leistungen nur gewähren, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Falls ein anderer Träger zuständig ist, hat die Bundesanstalt diesem die erforderlichen berufsfördernden Maßnahmen vorzuschlagen.

Dem Wortlaut dieser Vorschrift nach ist damit klargestellt, daß Rehabilitationsleistungen nach dem AFG nur subsidiär - ausgenommen bei Leistungen der Sozialhilfe - erbracht zu werden brauchen. Daneben bestimmt § 5 Abs.2 RehaAnglG, daß jeder Träger im Rahmen seiner Zuständigkeit die nach Lage des Einzelfalles erforderlichen Leistungen so vollständig und umfassend zu erbringen hat, daß Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich werden. Noch im Regierungsentwurf des Angleichungsgesetzes lautete diese Passage: "... möglichst nicht erforderlich werden".

In der Begründung des 11.Ausschusses⁵⁾ zu dieser Änderung heißt es, daß dieser Absatz sicherstellen soll, daß der jeweils zuständige Träger vom Anfang bis zum Schluß des Verfahrens zuständig und damit verantwortlich bleibe. Um diesem Grundsatz im vollen Umfang zum Durchbruch zu verhelfen, müsse es in allen Fällen ausgeschlossen sein, daß Leistungen eines anderen Trägers erforderlich würden, jedenfalls soweit die Zuständigkeit des einzelnen Trägers reiche. Dieser letzte Halbsatz offenbart die Schwierigkeiten, die der Gesetzgeber nunmehr den Rehabilitationsträgern aufgebürdet hat.

5) BT-Drucksache 7/2256, Bericht des Abgeordneten Ziegler

Der Gesetzgeber geht von der Einheit des Rehabilitationsverfahrens aus, von dem Bestreben, daß ein Rehabilitationsträger eine angefangene Rehabilitation auch zum Ende zu führen habe. Diese Einheitlichkeit des Rehabilitationsverfahrens geht jedoch von der Annahme aus, daß alle Rehabilitationsverfahren gleiche Voraussetzungen haben⁶⁾. Wie alle anderen Versicherungsleistungen unterscheiden sich jedoch auch die Rehabilitationsleistungen der einzelnen Versicherungsträger sowohl durch die Voraussetzungen als auch durch den Zweck, zu dem sie jeweils durch den einzelnen Träger erbracht werden. Dieser Zweck bestimmt und begrenzt die jeweilige Zuständigkeit des Trägers. Die Ausführungen des 11.Ausschusses zu § 5 Abs.2 RehaAnglG müssen daher sinnvollerweise dahingehend verstanden werden, daß es in allen Fällen ausgeschlossen sein muß, daß Leistungen eines anderen Trägers erforderlich werden, soweit der mit den Leistungen beabsichtigte Zweck mit den Zielvorstellungen der jeweiligen Rechtsnorm und damit im Endeffekt innerhalb der Sozialversicherung mit dem jeweils "versicherten Risiko" übereinstimmt.

Dies zeigt sich auch bei den unterschiedlichen, auf den differierenden Zielsetzungen der Gesetze beruhenden Tatbestandsvoraussetzungen eines Anspruchs auf Rehabilitationsleistungen nach rentenversicherungsrechtlichen und nach arbeitsförderungsrechtlichen Vorschriften.

Da medizinische Leistungen zur Rehabilitation im AFG überhaupt nicht geregelt sind, kann hier die Frage des Nachranges gar nicht auftauchen. Anders bei berufsfördernden Leistungen. Das Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen in der Rentenversicherung ist auf die allgemeine Erwerbsfähigkeit des Versicherten bezogen. Die Rehabilitationsmaßnahmen des Arbeitsförderungsrechts hingegen erstrecken sich nicht auf die allgemeine Erwerbsfähigkeit, sondern nur auf die wirtschaftlich

6) so im Ergebnis Schwerdtfeger, SGB 76, S.170, 171

möglichst effektive Verwertbarkeit dieser Erwerbsfähigkeit.

Eine andere Auslegung würde zu dem Ergebnis führen, daß Leistungen der Bundesanstalt immer dann nicht erbracht werden dürfen, wenn ein anderer Rehabilitations-träger tätig geworden ist, da dieser nach § 5 Abs.2 RehaAnglG verpflichtet ist, die erforderlichen Leistungen so vollständig und umfassend zu erbringen, "daß Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich werden".

Der Rentenversicherungsträger etwa, der einmal tätig geworden ist, würde ausschließlich in diesem Einzelfall tätig werden, bis daß der Behinderte das Ziel der Rehabilitation erreicht hat und damit nach § 1 Abs.1 RehaAnglG möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft wieder eingegliedert ist⁷⁾.

Zieht man zu der Beurteilung der Zuständigkeit jedoch das in jedem Zweig der Sozialversicherung verschiedene Versicherungsrisiko heran, wird deutlich, daß ein solches ausschließliches Eintreten des Rentenversicherungsträgers systemfremd wäre. Im Gegensatz etwa zur gesetzlichen Unfallversicherung basiert die Rentenversicherung nicht auf dem Haftungsprinzip mit der Folge, daß eine möglichst weitgehende Naturalrestitution als für einen Schadensfall angemessene Versicherungsleistung angesehen werden müßte⁸⁾. Die Rentenversicherung deckt vielmehr nur in sich abgrenzbare Risiken des gesamten Lebensrisikos ab, u.a. den "Rehabilitationsfall" und wird auch nur hier tätig.

Jede weitergehende Leistung, die auf die Verwertung dieser wiedererlangten oder gebesserten Erwerbsfähigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gerichtet ist, würde das versicherte Risiko "Rehabilitationsfall" überschreiten.

7) vgl. zur GUV 4.Kap., insbesondere hier II 4

8) siehe 4.Kap. II 3

Während die dem Prinzip der Naturalrestitution verpflichtete gesetzliche Unfallversicherung z.B. auch solche besonderen Maßnahmen - wenn auch kostenmäßig nur zur Hälfte - übernehmen muß, die aus arbeitsmarktpolitischen Gründen zusätzlich erforderlich werden, ist eine solche Verpflichtung für die Rentenversicherung aus dem Systemzusammenhang nicht abzuleiten: Sie tritt nicht aus haftungsrechtlichen Gründen ein und das Arbeitsmarktrisiko gehört nicht zu dem von ihr erfaßten Versicherungsrisiko.

Eine andere Frage ist es, ob die Rentenversicherung im Interesse des Versicherten nicht auch arbeitsmarktpolitische Überlegungen bei der Auswahl der im Einzelfall zu treffenden Maßnahmen anstellen muß. Dies ist aber keine systematische Frage, sondern hängt von der Kooperation der einzelnen Rehabilitationsträger ab⁹⁾.

Betrachtet man unter diesen Aspekten die Regelung des § 57 AFG, so wird man der Norm nicht gerecht, wenn man sie als Vorreiter eines Abbaus unnötiger Leistungskumulierungen ansieht¹⁰⁾. Eine Kumulierung berufsfördernder Leistungen kann systematisch nur bei einem Zusammentreffen von Leistungen der Bundesanstalt mit Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung eintreten, nicht aber bei einem Zusammentreffen mit Leistungen der Rentenversicherung. In dem Bereich ist die Kumulierung aber nicht durch die Subsidiaritätsregel gelöst, sondern durch eine sachgerechte Kostenteilung der beiden Versicherungsträger.

Die Bedeutung des § 57 AFG für das Verhältnis der Leistungsverpflichtungen der einzelnen Träger zur Bundesanstalt reduziert sich somit auf eine formale Abgrenzung für die Fälle von Lebenssachverhalten, die wegen ihrer Komplexität mehrere Leistungsträger formal verpflichten. Darüberhinaus dient die Subsidiaritäts-

9) zum Gesamtplan siehe 8.Kap. III 2

10) so Schwerdtfeger SGB 76, S.171

klausel auch der Klarstellung der in § 6 Abs.2 Nr.2 RehaAnglG geregelten Vorleistungspflicht der Bundesanstalt bei berufsfördernden Leistungen für den Fall einer unklaren Zuständigkeit.

III. Ergebnis

Auch die Rehabilitationsleistungen nach dem AFG haben somit innerhalb des gesamten Rehabilitationsbereiches eine eigenständige und originäre Aufgabe.

Im Gegensatz zu den berufsfördernden Leistungen der Rentenversicherung beziehen sie sich jedoch nicht auf die individuelle Erwerbsfähigkeit des Behinderten. Aufgabe der Arbeitsverwaltung ist vielmehr, den Behinderten mit dieser - möglicherweise auch geminderten - Erwerbsfähigkeit mit den ihr zu Gebote stehenden Mitteln Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu beschaffen.

In § 57 AFG ist demzufolge ein Nachrang der AFG-Leistungen gegenüber berufsfördernden Leistungen anderer Träger nicht geregelt.

V i e r t e s K a p i t e l

Die Leistungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung

Neben den Rentenleistungen und der Unfallverhütung haben von jeher in der gesetzlichen Unfallversicherung Leistungen zur Rehabilitation eine wesentliche Rolle gespielt. Das Unfallversicherungsneuregelungsgesetz vom 30. April 1963 hat lediglich die bereits grundsätzlich vorhandene Regelung der §§ 558 ff. a.F. RVO über die Berufsfürsorge ergänzt, die durch das "2. Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung" vom 14.7.1925¹⁾ als Pflichtaufgabe den Trägern der Unfallversicherung übertragen worden war.

Auf der Grundlage dieses Gesetzes und der Rechtsverordnung des Reichsarbeitsministers über "Krankenbehandlung und Berufsfürsorge in der Unfallversicherung" aus dem Jahre 1928²⁾ blieb es den Berufsgenossenschaften überlassen, die Berufsfürsorge weiter zu entwickeln und Sondereinrichtungen für Heil- und Berufsfürsorge Schwerverletzter zu gründen.

Durch das Unfallversicherungsneuregelungsgesetz wurden diese Leistungen ergänzt und unter einem einheitlichen Abschnitt der Arbeits- und Berufsförderung (Berufshilfe) in den §§ 567 ff. RVO zusammengefaßt.

Durch das Angleichungsgesetz wurden diese Vorschriften an die Leistungen der übrigen Träger der Rehabilitation angepaßt, soweit dies in Anbetracht der neben der Rehabilitation von den Unfallversicherungsträgern zu übernehmenden Leistungen der Krankenbehandlung möglich war.

§ 537 RVO nennt als Aufgaben der Unfallversicherung neben der Unfallverhütung für den Fall eines Arbeitsunfalles die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

1) RGBI I S.97

2) RGBI I S. 387

des Verletzten, die Arbeits- und Berufsförderung (Berufshilfe) und die Erleichterung der Verletzungsfolgen sowie Geldleistungen. Nach keinem anderen Sozialleistungsgesetz innerhalb der Sozialversicherung werden in dieser Form Präventionsleistungen, sowie Restitutions- und Kompensationsleistungen gewährt.

Sämtliche Leistungen der Unfallversicherung sind auf den Versicherungsfall des Arbeitsunfalles bezogen oder auf diesem gleichgestellte Schadensereignisse, die bei einer der in § 539 Abs.1 RVO genannten Tätigkeiten eingetreten sind. Die Leistungen sind daher nicht dazu bestimmt, jeder Beeinträchtigung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit präventiv oder restituerend entgegenzuwirken oder jede wirtschaftliche Unsicherheit, Krankheit oder Minderung der Erwerbsfähigkeit auszugleichen oder zu beseitigen, sondern nur in den durch § 539 RVO eng umrissenen Bereichen³⁾.

Die gesetzliche Unfallversicherung weist demnach zwei Besonderheiten auf: Die besondere Bedeutung der Schadensursache und der umfassende Leistungsrahmen, der in § 547 RVO enumerativ aufgeführt ist.

Diese Besonderheiten wirken sich auf den Umfang und den Stellenwert der Rehabilitation in der gUV aus. Es wird sich zeigen, daß die Unfallversicherungsrechtliche Rehabilitation den Forderungen der Rehabilitationspraxis⁴⁾ im Vergleich mit den übrigen Sozialversicherungsträgern am umfassendsten gerecht wird.

I. Der Risikobereich der gesetzlichen Unfallversicherung

Wie bei den anderen Sozialversicherungen wird auch in der gUV der Umfang der Rehabilitation durch den Risikobereich bestimmt. Ihre Versicherungsleistungen

3) Bley in: SGB-Soz.Vers.-Ges.Komm., I § 22 SGB
Anm.2a

4) vgl. hierzu in der Einleitung unter I S. 3 f.

sind streng kausal an einen Arbeitsunfall oder an ein dem Arbeitsunfall gesetzlich gleichgestelltes Schadensereignis gebunden. Der Arbeitsunfall⁵⁾ muß die Körperverletzung oder die Gesundheitsstörung und die Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne der wesentlichen Bedingung⁶⁾ herbeigeführt haben.

Bereits der Begriff des Arbeitsunfalles selbst grenzt den Schutzbereich der gUV ab, jedoch bewirken insbesondere die diesem in den Rechtsfolgen gesetzlich gleichgestellten Berufskrankheiten eine Annäherung der gUV zur gKV.

Die herrschende Meinung versucht nun mit Hilfe der Theorie der wesentlichen Bedingung solche Krankheitserscheinungen aus dem Schutzbereich der gUV auszuschalten, die in rechtlicher und tatsächlich angemessener Weise in keinem Ursachenzusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehen⁷⁾.

In der Literatur⁸⁾ besteht Einhelligkeit darüber, daß dem Problem des ursächlichen Zusammenhanges für das Recht der gUV zentrale Bedeutung zukommt "weil in ihm die tragenden Prinzipien dieser Rechtsmaterie fundiert sind"⁹⁾ und daß die Kausalitätslehre der Sozialunfallversicherung als Risikoabgrenzung dient.

Hierbei stellt sich im Rahmen der haftungsbegründenden Kausalität die Frage, ob die versicherte Tätigkeit, also etwa die Arbeitstätigkeit oder die Fahrt zur Arbeitsstätte "wesentliche Ursache" für den Unfall ist. Die "Wesentlichkeit" wird danach entschieden, ob die verschiedenen Kausalfaktoren des

5) zum Begriff Arbeitsunfall Gr.Sen. des RVA in EuM Bd.2 S.188; BSGE 23, 141; Piloty, Das Reichsunfallversicherungsrecht, dessen Entstehungsgeschichte und System Bd.1, 1890 S.180; Brackmann Bd II, S. 479; Lauterbach § 548 Anm.3

6) RVA AN 12, 930; BSGE 1, 256; 12, 245; LSG NW Breith. 1967, 839; Brackmann Bd II S. 480 f.; Lauterbach § 548 Anm.8; Watermann, Die Ordnungsfunktion, S.97 ff.

7) Wannagat, LB S.327

8) vgl.Gitter, Schadensausgleich S.99 ff; Brackmann Bd. II S. 480 K I; Pesch SGB 1966, S.487; Wallerath, NJW 1971, S.230; Watermann, Die Ordnungsfunktion, S.50 ff.

9) Watermann, Festschrift f. Lauterbach S.130

Unfalls dem Risikobereich der versicherten Tätigkeit oder dem des Versicherten zuzurechnen ist. Damit dient die haftungsbegründende Kausalität der Abgrenzung der gesetzlichen Unfallversicherung nach außen.

Bei der nachrangigen Frage der haftungsausfüllenden Kausalität geht es darum, ob das als Arbeitsunfall zu qualifizierende Ereignis wesentlich zu der konkreten Gesundheitsbeeinträchtigung, der Minderung der Erwerbsfähigkeit oder zum Tode des Versicherten beigetragen hat. Sie dient der internen Zuordnung zur betrieblichen oder zur persönlichen Risikosphäre, nunmehr aber im Hinblick auf den Schaden in seiner Beziehung zum Unfallereignis¹⁰⁾.

Diese strenge Kausalität bestimmt demnach die Relevanz des Schadensereignisses für die gUV und grenzt zusammen mit dem Begriff Arbeitsunfall den Risikobereich der gUV von anderen Schutzbereichen ab.

Auch der Umfang der Maßnahmen, die zur Beseitigung dieser Schäden erforderlich werden, wird im wesentlichen dadurch bestimmt, daß die Schäden im unternehmerischen Risikobereich aufgetreten sind und daher von den Unternehmensgemeinschaften übernommen werden müssen¹¹⁾. Im Gegensatz zu den anderen Versicherungen stellt die Unfallversicherung ab auf eine möglichst weitgehende Verwirklichung des Prinzips der Naturalrestitution¹²⁾ und hat dadurch einen wesentlich größeren Leistungsrahmen, der aus der gesteigerten Verantwortlichkeit der Unternehmer für das Schadensereignis resultiert.

10) Gitter, Schadensausgleich S.115

11) Brackmann Bd. II S. 558g

12) Gitter, Schadensausgleich S. 153

II. Die Funktion der Leistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Dieser umfassende, durch keine Funktionsbestimmungen eingegrenzte Leistungsrahmen ist in § 556 RVO geregelt. Danach hat der Träger der Unfallversicherung nicht nur - wie etwa die gKV - die unmittelbar durch das Schadensereignis erforderlich gewordene Heilbehandlung zu tragen. Seine Aufgabe ist es auch, die erforderlichen Maßnahmen zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit des Unfallgeschädigten zu gewähren. Im Gegensatz zu den rentenversicherungsrechtlichen Maßnahmen umfassen die Maßnahmen der gUV wiederum jedoch nicht nur solche, die sich auf die Erwerbsfähigkeit des Geschädigten beziehen, sondern auch diejenigen, die unmittelbar eine Heilbehandlung darstellen. Heilbehandlung i.S. § 556 Abs.1 RVO ist demnach gegenüber den medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation der weitergehende Begriff, der nicht in jedem Fall als Rehabilitationsmaßnahme zu verstehen ist.

In der Begründung zur Änderung des § 556 Abs.1 RVO durch das Angleichungsgesetz¹³⁾ heißt es dementsprechend auch, daß § 556 Abs.1 Nr.1 RVO zwar den Eingangsworten von § 10 und Abs.1, Nr.2 denen von § 11 RehaAnglG entspreche. Es sei allerdings zu berücksichtigen, daß die Heilbehandlung im Sinne dieser und der folgenden Vorschriften nicht in jedem Fall Rehabilitation sei. Nicht jeder, der einen Arbeitsunfall erleide, werde dadurch zu einem Behinderten und auch nicht zu einem von einer Behinderung Bedrohten.

Dies zeigt, daß die gUV nicht wie die gKV und die gesetzliche Rentenversicherung nur bestimmte funktionale Bereiche der menschlichen Existenz als Gegenstand der Versicherung hat, etwa nur die Gesundheit bzw. die gestörte Gesundheit oder nur die Erwerbsfähigkeit,

13) BT-Drucksache 7/1237 S.67

sondern Versicherungsgegenstand ist die Integrität der gesamten menschlichen Existenz, eingeschränkt nur durch die unfallversicherungsrechtlich relevanten Umstände des Schadensereignisses selbst.

Daraus ist zu erklären, daß die gUV neben den eigentlichen Heilmaßnahmen auch Rehabilitationsmaßnahmen in der Art gewährt, wie sie in den §§ 1236 ff. RVO geregelt sind und sogar Leistungen, wie sie auch im AFG aufgeführt sind. Alle Risiken, die sonst auf verschiedene Versicherungszweige verteilt sind, werden in der gUV zusammengezogen, wenn die Risiken in einem wesentlichen ursächlichen Zusammenhang mit einer betrieblichen Tätigkeit stehen.

Hieraus folgt für die Rehabilitation der gUV: das enge und im Prinzip nahtlose Zusammenwirken von Maßnahmen, die im Gesetz als Heilbehandlung bezeichnet werden, und den Maßnahmen der Berufshilfe. Aufgrund der umfassend auf Restitution als Schadensersatz ausgerichteten Leistungen der gUV ergeben sich jedoch einige die Harmonisierung zwar nicht prinzipiell berührende, aber doch wesentliche Unterschiede zu den Leistungen der übrigen Sozialversicherungsträger.

III. Das Verhältnis unfallversicherungsrechtlicher Rehabilitationsleistungen zu denen anderer Sozialversicherungsträger

1. Abgrenzung zu den Leistungen in der gKV

Der wesentlichste Unterschied ist in § 557 Abs.2 RVO gegenüber § 182 Abs.2 RVO zu sehen: Während durch § 182 Abs.2 RVO der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung in finanzieller Hinsicht Grenzen gezogen sind, ist der Unfallversicherungsträger zur Anwendung aller geeigneten Heil- und Pflegemaßnahmen verpflichtet, selbst wenn dies mit erheblichen finanziellen Aufwendungen verbunden ist.

Hierbei darf im Gegensatz zur Krankenversicherung das Maß des Notwendigen nach pflichtgemäßem Ermessen der Unfallversicherungsträger überschritten werden, wenn damit das Ziel der Heilbehandlung schneller oder besser erreicht werden kann¹⁴⁾.

Dieser Unterschied entspricht dem anderen Charakter der versicherten Risiken¹⁵⁾:

"Das aus der Lebenssphäre des Versicherten hervorgehende Krankheitsrisiko kann von den Versichertengemeinschaften der Krankenversicherung nur unter Beschränkung auf das Notwendige getragen werden, da diese Gemeinschaften sonst über Gebühr beansprucht würden, was zu einer nicht mehr tragbaren Belastung führen müßte. Dagegen muß der dem unternehmerischen Risikobereich zugehörige Arbeitsunfallschaden in vollem Umfang von den Unternehmergemeinschaften übernommen werden, wobei wirtschaftliche Gesichtspunkte nicht hemmend entgegenstehen können."

Hieraus folgt ein kompliziertes System der Erstattung und des Ausgleiches von Leistungen zwischen Kranken- und Unfallversicherung.

§ 565 RVO bestimmt im Verhältnis dieser Sozialversicherungsträger, daß zunächst der Träger der Krankenversicherung zur Entschädigung berufen ist. Der Träger der Unfallversicherung tritt nur ein, soweit der Verletzte keinen Anspruch gegen den Krankenversicherungsträger hat. Dies ist dann gegeben, wenn die Leistungen der gKV geringer sind als die der Unfallversicherung oder wenn der Verletzte überhaupt nicht bei einem Träger der gKV versichert ist.

Demgegenüber ist bei Geldleistungen, insbesondere bei Verletztenrenten davon auszugehen, daß sie anderen Zwecken dienen als die Leistungen der Krankenversicherung, nämlich der Verhinderung eines dauernden Absinkens des Lebensstandards infolge Minderung

14) Lauterbach § 556 Anm. 6 a.A.

15) Gitter, Schadensausgleich S.151 f.

der Erwerbsfähigkeit und nicht wie das Krankengeld mehr zur Überbrückung kurzfristiger Lohn- und Gehaltsausfälle¹⁶⁾. Daher wird die Gewährung von Geldleistungen durch Leistungen aus der Krankenversicherung im Grunde nicht berührt, aber gem. § 580 RVO erst gewährt, wenn eine gewisse Konsolidierung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

Ansprüche des Verletzten gegen die gUV entfallen jedoch, wenn die gKV gleichartige Leistungen erbringt. Dieses als Vorleistungspflicht der Krankenkassen bezeichnete¹⁷⁾ Eintreten der Kassen für Leistungen, die auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen sind, kann aber gem. § 565 Abs.2 RVO durch die Träger der gUV übernommen werden. Diese Vorleistungspflicht bedeutet jedoch nicht, daß die Kassen die aus Anlaß eines Arbeitsunfalles erbrachten Leistungen endgültig tragen müssen. Vielmehr bestimmt § 150⁴ RVO, daß der Träger der gUV den Kassen nach Ablauf des 18.Tages nach dem Arbeitsunfall die dadurch entstandenen Kosten mit Ausnahme des Sterbegeldes und der Kosten der Krankenpflege nach § 182 Abs.1 Nr.1 RVO zu erstatten hat.

Diese Übernahme der Kosten aus Arbeitsunfällen durch die Träger der gKV wird zutreffend als versicherungsfremd angesehen¹⁸⁾. Das Hauptargument hierfür liegt in dem Verstoß gegen den Grundsatz, daß jeder Zweig der Sozialversicherung die entsprechend seiner Aufgabenstellung auf ihn entfallenden Lasten auch selbst tragen sollte. Darüberhinaus müssen die Versicherten der gKV diese durch Arbeitsunfälle entstandenen Kosten durch ihre Beiträge zahlen, wohingegen sie zu Beiträgen für die gUV nicht herangezogen werden. In der Begründung zum UVNG wird hierzu ausgeführt¹⁹⁾, daß die gUV nicht nur Risiken trage, die dem Unternehmer als Beitragspflichtigem zuzurechnen seien. Dieses Argument

16) Begründung zum Gesetzesentwurf des UVNG BT-Drucksache IV/120 S.57

17) Brackmann Bd. II S. 558 c; Podzun-Adolph, Zusammenarbeit S.11

18) Töns, DOK 1965 S.296, 299; BKK 1963 Sp.178

19) BT-Drucksache IV/120 S.78

kann aber schon deshalb nicht gelten, weil durch die strenge Abgrenzung des Risiko- und Schutzbereiches der gUV das versicherte Risiko so auf den unternehmerischen Bereich eingeschränkt ist, daß für eine Überwälzung des unternehmerischen "Haftungsrisikos" auf die gKV kein Platz ist.

Von diesen Erwägungen aber abgesehen, wird das Verhältnis von gUV und gKV angesichts der Regelungen des Rehabilitationsangleichungsgesetzes unübersichtlicher.

Wie festgestellt, resultieren Art und Umfang von Leistungen eines bestimmten Sozialversicherungsträgers aus dem von ihm abzudeckenden Risikobereich. Für die Träger der gKV bedeutet dies, daß sie aufgrund der ihren Leistungen zugrundeliegenden gesetzlichen Normen unabhängig von ihrer Bezeichnung als Rehabilitationsträger nur für solche Leistungen aufzukommen haben, die zur Heilung, Besserung oder Linderung eines behandlungsbedürftigen Körper- oder Geisteszustandes bestimmt sind²⁰⁾. Rehabilitationsleistungen im eigentlichen Sinne, d.h. Leistungen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (vgl. Wortlaut des § 10 RehaAnglG), erbringen sie nicht.

Demgegenüber sind die Träger der gUV auch Rehabilitationsträger. In Erfüllung ihrer Verpflichtung zur möglichst weitgehenden Naturalrestitution über die Heilung eines akuten Schadens hinaus müssen sie auch Schädigungsfolgen mittelbarer und unmittelbarer Art beseitigen. Die in diesem Rahmen etwa notwendig werdenden "Maßnahmen der Heilbehandlung" unterscheiden sich von den Maßnahmen der Heilbehandlung im Sinne § 182 Abs.1 RVO nur durch die unterschiedliche Zielsetzung, durch die ihnen zugemessene Funktion. Sie bleiben, obgleich von Fall zu Fall mit der eigent-

20) vgl. 1.Kap. I bei Fußn.18

lichen Heilbehandlung identisch, Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation.

Hiervon zu trennen sind die in einem "normalen" Heilverfahren anfallenden Maßnahmen zur Behandlung einer akuten Gesundheitsstörung, die dementsprechend auch unter die Erstattungsnorm des § 1504 RVO fallen. Aufgrund der Einbeziehung der Träger der gKV in den Kreis der Rehabilitationsträger sind sie nunmehr auch insoweit gegenüber den Trägern der gUV vorleistungspflichtig, als sie Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation erbringen müssen. Es hat sich jedoch gezeigt, daß das Angleichungsgesetz die grundsätzliche Strukturierung der Risikobereiche der einzelnen Sozialversicherungszweige nicht angetastet hat. Folglich ist der Träger der gKV zu einer Übernahme der Kosten der medizinischen Rehabilitation nicht verpflichtet. Diese fallen vielmehr ausschließlich in den "Haftungsrahmen" der Unfallversicherungsträger. Es wird Aufgabe der Sozialversicherungsträger selbst sein, diese grundsätzliche Unterscheidung von medizinischen Leistungen zur Heilbehandlung von solchen zur Rehabilitation durch Vereinbarungen auch verwaltungspraktikabel zu machen.

2. Abgrenzung zu den Leistungen zur Rehabilitation in der Rentenversicherung

Das gleiche Problem - wenn auch nicht in dieser grundsätzlichen Art - besteht auch im Verhältnis von Trägern der gUV zu den Rentenversicherungsträgern hinsichtlich der berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation (Berufshilfe) gem. § 567 RVO. Diese im Zuge der Harmonisierung der Rehabilitationsleistungen geänderte Vorschrift ist entsprechend § 11 RehaAnglG zwar grundlegend umgestaltet worden. Ihr materieller Gehalt ist allerdings weitgehend erhalten geblieben.²¹⁾

21) Lauterbach § 567 Anm.2

Grundsätzlich entspricht die Berufshilfe der "Berufsförderung" in der Rentenversicherung gem. § 1237 a RVO. Ihr Ziel ist in § 556 Abs.1 Nr.2 RVO näher bestimmt und soll den Verletzten nach seiner Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung seiner Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich eingliedern. Insofern ist auch das gesetzlich normierte Ziel der Berufsförderung in der Rentenversicherung gem. § 1237 a Abs.2 RVO identisch.

Der eigentliche Unterschied der Leistungen nach § 567 RVO und § 1237 a RVO liegt im Grund der Leistungen. Dies wird auch in der "Vereinbarung zwischen Unfallversicherung und Rentenversicherung über die Durchführung von Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung²²⁾" deutlich. Art.1 § 1 dieser Vereinbarung grenzt die Zuständigkeit danach ab, ob die Notwendigkeit von Ausbildungsmaßnahmen ausschließlich oder überwiegend wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit oder wegen eines unfallunabhängigen Leidens gegeben ist. Innerhalb dieses Bereiches ist die gUV aber ausschließlich zuständig. Daher regeln die §§ 1524, 1525 RVO eindeutig die Erstattungspflicht der Träger der gUV den Rentenversicherungen gegenüber, wenn diese etwa auch ein rentenversicherungsrechtliches Heilverfahren wegen einer Krankheit eingeleitet haben, die durch einen Arbeitsunfall verursacht wurde und die den Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit verhindert oder sie beseitigt. Die Berufs- und die Erwerbsunfähigkeit sind vom Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung mitumfaßt. Auf der anderen Seite hat der Unfallversicherungsträger bei der Auswahl seiner Maßnahmen auch die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung zu berücksichtigen. Er muß bei der Wahl seiner Rehabilitationsmaßnahmen solche treffen, die die gesetzliche Rentenversicherung von eigenen Maßnahmen freistellen, da nur diese Maßnahmen aufgrund der Ursäch-

22) v. 1.8.1967 abgedr. bei Trachte BG 1967 S.345

lichkeit des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit der Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaften entsprechen²³⁾.

3. Abgrenzung zu den Rehabilitationsleistungen der Bundesanstalt für Arbeit

Nach § 567 Abs.1 Nr.1 RVO umfaßt die Berufshilfe auch Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme sowie Eingliederungshilfe an Arbeitgeber. Diese Leistung ist angelehnt an Leistungen nach dem AFG und zwar hinsichtlich der Leistungen zur Arbeitsaufnahme an §§ 28 - 51 AREha und hinsichtlich der Eingliederungshilfe an Arbeitgeber an § 54 AFG.

Auch hier zeigen die Regelungen der Verwaltungsvereinbarung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit der Bundesanstalt vom 9.2.1970²⁴⁾ deutlicher als das Angleichungsgesetz das Zusammenspiel und die Wertigkeit der einzelnen Versicherungsrisiken. Nach § 4 dieser Vereinbarung stellt das Arbeitsamt den Gesamtplan zur beruflichen Eingliederung auf und schlägt dem Träger der Unfallversicherung die Durchführung der Maßnahmen unter Mitteilung der maßgeblichen Gründe vor²⁵⁾. Für den Fall, daß der Vorschlag des Arbeitsamtes weiter geht als die von dem Unfallversicherungsträger vorgesehenen Maßnahmen, weil andere, z.B. arbeitsmarktpolitische Gründe, maßgebend sind, wird gem. § 5 Abs.2 Kostenteilung vereinbart.

Diese pauschalisierte Risikoverteilung entspricht den unterschiedlichen Versicherungsgegenständen: Die Kosten der arbeitsmarktbezogenen Verwertung der Erwerbsfähigkeit gehen nur dann zu Lasten der Bundes-

23) vgl. Lauterbach § 567 Anm.16 a.A.; a.M. Trachte, BG 1967, S. 346

24) BG 1970, S.164

25) vgl. auch die Gesamtvereinbarung über die Beteiligung der BA bei beruflicher Rehabilitation, in: BKK 1977, S.189

anstalt, wenn besondere den Rahmen der gUV sprengende Gründe zusätzliche Maßnahmen und Kosten erfordern. Da die grundsätzliche Verpflichtung zum Tätigwerden jedoch durch den Arbeitsunfall entstanden ist, gehen die dadurch entstandenen Kosten nicht als Ganzes, sondern nur zur Hälfte auf die Bundesanstalt über.

IV. Ergebnis

Anders als bei den übrigen Sozialversicherungsträgern haben die Rehabilitationsmaßnahmen der gUV einen das gesamte Spektrum der Rehabilitation umfassenden Aufgabenbereich. Wenn die gUV zuständig ist, erbringt sie weitestgehend alle Maßnahmen, die notwendig sind, um den Behinderten wieder einzugliedern.

Während die Renten- und die Krankenversicherung auf einer nur bestimmte, eingrenzbare Risiken erfassenden Versicherungssystematik aufbauen, ist die gUV materiell der zivilistischen Unternehmerhaftpflicht und dadurch dem Prinzip der Naturalrestitution verpflichtet. Dementsprechend sehen die Unfallversicherungsvorschriften²⁶ Leistungen vor, die den gesamten Schadensfall abdecken.

26) vgl. aber auch die Leistungen der nachgehenden Hilfe i.S.d. SchwbG; s. dazu 7.Kap.

Fünftes Kapitel

Die Rehabilitation im Recht der sozialen Entschädigung

§ 5 AT-SGB normiert eine soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden, für deren Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers oder aus sonstigen Gründen nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen einsteht.

Ogleich diese Vorschrift im Gesetzgebungsverfahren nicht diskutiert worden ist, gehört sie zu den problemreichsten Vorschriften des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches¹⁾.

Ausgehend von der rechtsdogmatischen Frage, ob diese in § 5 AT-SGB normierte soziale Entschädigung mit dem tradierten Sozialversorgungsrecht gleichzusetzen ist oder ob sie Ausdruck eines neuartigen Restitutions-systems ist, wird insbesondere der Rechtsgrund sozialer Entschädigung diskutiert²⁾. Nach der einen Auffassung erfolgt die Gewährung von Leistungen in Abgeltung eines besonderen Opfers für die Allgemeinheit aus rechtsstaatlichen Gründen³⁾. Nach der anderen Auffassung läßt sich der Staat die Rechtsgutbeeinträchtigung ohne rechtlichen Zwang aus sozialen und nicht aus rechtsstaatlichen Gründen zurechnen, wie etwa bei der Amtshaftung, Aufopferung oder bei der Restitution aufgrund eines Dienstverhältnisses⁴⁾.

§ 5 AT-SGB bestimmt, daß die staatliche Gemeinschaft nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen für die Folgen eines Gesundheitsschadens einzustehen hat. Trotz der Vieldeutigkeit des Gesetzeswortlautes⁵⁾ kann aus

1) vgl. Bley in: SGB-Soz.Vers.GesKomm I § 5 SGB Anm. 1a)

2) dazu insbes. Meyer, Soz.Entschädigungsrecht S.59 - 72

3) z.B. Rohwer-Kahlmann, Festschr. f. Bogs 1959 S.311 ff.; Rübner, Verh.d. 49.DJT E 9 f, 47 f.

4) z.B. Wertenbruch, SGB 1972 S.241 ff.; Gitter/Schnapp JZ 1972 S.474 ff.

5) zur Kritik am Wortlaut des § 5 AT-SGB vgl. Meyer, Soz.Entschädigungsrecht S.74 - 93

der Formulierung entnommen werden, daß § 5 AT-SGB die Grundsätze des Bundesversorgungsgesetzes als maßgebend für das Leistungssystem, für die Art der Schädigungsfälle und für die Prinzipien des Verwaltungsvorgangs normiert⁶⁾. Dies ergibt sich auch aus dem § 5 AT-SGB konkretisierenden § 24 AT-SGB, der einen Katalog für "die notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit" enthält und die "soziale Entschädigung" i.S. § 5 AT-SGB durch die Einzelleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz ausfüllt. Insoweit erweist sich das BVG als Musterregelung und Modell einer Regelung der sozialen Entschädigung.⁷⁾

Bei der Betrachtung der Ausgestaltung der Rehabilitation und bei der Beurteilung ihres Stellenwertes in diesem Zweig des Sozialrechts soll daher ausdrücklich nur vom geltenden Recht ausgegangen werden. Gegenstand der Erörterung ist nicht die Rehabilitation in einem noch in der theoretischen Erfassung umstrittenen und in der praktischen Ausgestaltung noch in der Entwicklung begriffenen "sozialen Entschädigungsrecht", sondern die Rehabilitation innerhalb des kodifizierten Bereichs der Sozialversorgung. Insbesondere die im BVG zum Ausdruck gekommenen sozialpolitischen Grundentscheidungen werden somit zur dogmatischen Erfassung des Rehabilitationsbereiches herangezogen.

Die Einordnung der Sozialversorgungsleistungen in das allgemeine System der Sozialleistungen wird den Platz der Rehabilitationsmaßnahmen des BVG auch im System der Rehabilitation deutlich machen. Zugleich soll hierdurch aber auch die Stellung der Rehabilitation

6) Bley in: SGB-Soz.Vers.Ges.Komm. I § 5 SGB Anm. 3d

7) so etwa Rohwer-Kahlmann, VdK-Mitteilungen 1971, S.200; grundsätzlich auch 49.DJT Ziff.3 der Beschl. der sozialrechtlichen Arbeitsgemeinschaft, Sitzungsbericht P, P 126

im Recht der sozialen Entschädigung bestimmt werden.

I. Die Leistungsprinzipien des Bundesversorgungsgesetzes

Unabhängig vom Rechtsgrund der Leistung versteht die herrschende Meinung unter Sozialversorgung das Gewähren von Leistungen aus staatlichen Mitteln, wobei in der Person des Geschädigten die Merkmale "Rechtsbeeinträchtigung" und "Vermögensverlust" bzw. "immaterielle Einbuße" als konstruktive Kriterien der Anspruchsgrundlagen vorhanden sein müssen⁸⁾. Hierbei ist es unerheblich, auf wessen Verhalten die Schädigung zurückzuführen ist, wenn nur ein Zusammenhang zwischen Schädigung und den Rahmentatbeständen der §§ 1 ff. BVG besteht.

Im Gegensatz zur Sozialhilfe erfolgt die Gewährung grundsätzlich ohne Prüfung der individuellen Bedürftigkeit. Dies schließt jedoch nicht aus, daß für einzelne Leistungen und besondere Fallkonstellationen ausdrücklich eine Bedürftigkeitslage vorausgesetzt wird, etwa bei §§ 9, 25 ff. BVG, solange das Kriterium der Bedürftigkeit nicht ausschließlich den begünstigten Personenkreis erfaßt⁹⁾.

Grundsätzliche Voraussetzung für das Entstehen eines Versorgungsanspruches ist die gesundheitliche Schädigung einer Person. Diese gesundheitliche Schädigung muß durch einen der in § 1 - 6 BVG genannten Tatbestände hervorgerufen oder verschlimmert worden sein. Zwischen dem schädigenden Ereignis und der Gesundheitsstörung muß ein ursächlicher Zusammenhang in der Form bestehen, daß der schädigende Vorgang eine gesundheitliche Schädigung verursacht hat, die zu einer

8) Wertenbruch, Soz.Verw.R. S. 323; Gitter/Schnapp JZ 1972, S.477

9) Meyer, Soz.Entschädigungsrecht S.29

Gesundheitsstörung (Versorgungsleiden) führte.

Hierbei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, also das schädigende Ereignis, die gesundheitliche Schädigung und die Gesundheitsstörung bewiesen werden¹⁰⁾. Der ursächliche Zusammenhang des schädigenden Vorganges mit der gesundheitlichen Schädigung sowie der gesundheitlichen Schädigung mit dem Versorgungsleiden, der sog. medizinische Ursachenzusammenhang, muß demgegenüber nur wahrscheinlich sein. Hierbei reicht es aus, daß das schädigende Ereignis als wesentlich mitwirkende Ursache für den Eintritt des Schadens wahrscheinlich war.¹¹⁾

§ 1 Abs. 3 Satz 2 BVG zeigt einen wesentlichen Unterschied, der die Sozialversorgung deutlich z.B. von der grundsätzlich nach haftungsrechtlichen Gesichtspunkten ausgestalteten gesetzlichen Unfallversicherung abhebt. Eine Versorgung kann danach auch gewährt werden, wenn die für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens der medizinischen Wissenschaft Ungewißheit besteht. Für die Bestimmung der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges ist es nicht zu beanstanden, wenn sie bei der Erkrankung, deren Entstehungsursache von der medizinischen Wissenschaft bisher nicht geklärt worden ist, als nicht gegeben angesehen wird¹²⁾.

Diese Vorschrift eröffnet die Möglichkeit, auch solche Gesundheitsstörungen als Versorgungsleiden leistungsmäßig zu berücksichtigen, über deren Ursache in der medizinischen Wissenschaft Ungewißheit herrscht, wenn nur eine zeitliche Verbindung zwischen der krankhaften Veränderung und den Tatbeständen des § 1 BVG vorliegt.

10) BSG KOV 1963 Rspr. 1400

11) BSGE 1, 150; 11, 50; Schlieckel/Gurgel BVG § 1 Anm. 3; Wilke/Wunderlich BVG § 1 Anm. V2

12) BSGE 6, 70; BSG in VersBeamter 4/1960 Nr.9

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß der Leistungsbereich des BVG von den Leistungsbereichen anderer Leistungsgesetze durch eine Leistungsbegründende Kausalität abgegrenzt wird, deren Bezugsfaktoren durch konkrete Rahmentatbestände festgelegt sind. Allerdings werden aufgrund allgemeiner sozialstaatlicher Erwägungen Zweifel an der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines dieser Bezugsfaktoren, nämlich der Leidensursache, von der staatlichen Gemeinschaft übernommen.

Die sich in diesem Rahmen ergebende Zielrichtung des BVG, solche Schädigungen auszugleichen, die durch einen der Tatbestände der §§ 1 ff. verursacht worden sind, hat zur Folge, daß restituierende und auch kompensierende Leistungen gewährt werden.

Der Umfang der "sozialen Entschädigung" wird in § 5 AT-SGB aufgezeigt, in dem die notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und die angemessene wirtschaftliche Versorgung genannt werden. Diese Versorgungsleistungen werden in § 24 AT-SGB durch den Bezug auf die entsprechenden Leistungen des BVG konkretisiert. Für den hier interessierenden Bereich sind allein Abs.1 Nr.1 und 2 relevant, also Heil- und Krankenbehandlung sowie andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit einschließlich wirtschaftlicher Hilfen (§§ 10 - 24 a BVG) und besondere Hilfen im Einzelfall einschließlich Berufsförderung (§§ 25 - 27 d BVG).

II. Der Stellenwert der Rehabilitation im Bundesversorgungsgesetz

Die Bedeutung der Rehabilitation in der Kriegsopferversorgung und ihr Stellenwert innerhalb des Leistungssystems des BVG zeigt sich nicht nur in der grundsätzlichen Betrachtung als Restitutions- und

Kompensationsregelung, sondern auch in konkreten Vorschriften des Gesetzes.

Falls arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen nach § 26 BVG möglich und zumutbar sind, besteht z.B. nach § 30 Abs.7 BVG ein Anspruch auf Höherbewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit sowie auf Berufsschadensausgleich nur dann, wenn diese Maßnahmen aus Gründen erfolglos geblieben sind, die vom Beschädigten nicht zu vertreten waren oder wenn sie nicht zum Ausgleich des Berufsschadens geführt haben.

Nach § 32 Abs.1 BVG kann eine Ausgleichsrente nur dann gewährt werden, wenn der Schwerbeschädigte infolge seines Gesundheitszustandes, seines hohen Alters oder aus einem nicht zu vertretenden sonstigen Grund eine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit nicht oder nur in beschränktem Umfang oder nur mit überdurchschnittlichem Kraftaufwand ausüben kann.

Diese Beispiele verdeutlichen, daß die Sozialversorgung über das rein passive "Entschädigtwerden", über die alleinige Kompensation hinaus den Gedanken der Selbsthilfe in das Leistungssystem integriert hat. Auch hieran zeigt sich, daß die Sozialversorgung nicht rein haftungsrechtlich orientiert ist¹³⁾, sondern daß auch das Leistungssystem selbst nach sozialstaatlichem, solidarischem "Bei"stand ausgerichtet ist.

1. Heil- und Krankenbehandlung - medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Mit der Novellierung des BVG durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz ist versucht worden, die Rehabilitation so in das System der Leistungen des BVG einzufügen, daß Heil- und Krankenbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen ohne Unterscheidung zu einer Einheit zusammengefaßt wurden.

13) Hiermit ist jedoch keine Aussage über die Frage gemacht, ob das Sozialversicherungsrecht Schadenersatz- oder Entschädigungsrecht ist.

Dies sei wegen des fließenden Überganges zwischen kurativer medizinischer Behandlung und Rehabilitation notwendig gewesen, insbesondere, weil es nicht möglich gewesen sei, die eigentliche Rehabilitation nach zeitlichen Gesichtspunkten oder nach der Art der gewährten Leistungen von anderen medizinischen Maßnahmen abzugrenzen¹⁴⁾.

Der Gedanke der Rehabilitation ist jedoch in § 10 BVG dadurch zum Ausdruck gebracht worden, daß als Ziel der Heilbehandlung ergänzend in Abs.1 die Eingliederung der Beschädigten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft genannt ist.

Dadurch wird der Umfang des Rechtsanspruches der Beschädigten auf Heilbehandlung wegen aller anerkannten Schädigungsfolgen in Richtung auf die Wiedereingliederung verdeutlicht.

Heilbehandlung wird nunmehr gewährt für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben, die Folgen der Schädigung zu erleichtern oder um die Beschädigten auf Dauer in Arbeit, Beruf oder Gesellschaft einzugliedern.

Betrachtet man diese allgemeine Bestimmung der Heilbehandlung in § 10 BVG, so fällt ihre doppelte Zielsetzung auf. Es wird die Heilbehandlung der Gesundheitsstörungen genannt und damit der Aufgabenbereich der gKV angesprochen sowie die Beseitigung oder Besserung der Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit, d.h. eine Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherungen. Das BVG übernimmt somit für

14) Amtl. Begründung zu § 27 E RehaAnglG BR-Drucksache 517/73 S.74

seinen Personenkreis die Aufgaben dieser beiden Sozialversicherungsarten, soweit die jeweiligen Leistungstatbestände durch die Rahmentatbestände des BVG verursacht worden sind.

Der gleiche Leistungsumfang wird Beschädigten mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50% (Schwerbeschädigten) auch bei solchen Gesundheitsstörungen gewährt, die nicht als Folge der Schädigung anerkannt sind. Auch dies zeigt, daß das BVG nicht nur im Rahmen einer "Haftung" Leistungen übernimmt.

Während § 10 Abs.1 BVG die Behandlung Beschädigter (auch bei Nichtschädigungsleiden) als Heilbehandlung bezeichnet, heißt die Behandlung der Angehörigen, Pflegepersonen und Hinterbliebenen Krankenbehandlung. Diese wird gewährt, "um Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben oder die Folgen der Behinderung zu erleichtern" (§ 10 Abs.4 Satz 1 BVG). Nur Witwen, Waisen und versorgungsberechtigte Eltern haben nach Satz 2 einen Anspruch auf Krankenbehandlung auch zu dem Zweck, daß sie möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft eingegliedert werden.

Die Amtl. Begründung führt dazu aus¹⁵⁾, daß die Änderung der Vorschriften der Heil- und Krankenbehandlung davon ausgehe, daß Beschädigte wegen Schädigungsfolgen, Schwerbeschädigte und Hinterbliebene unter Beibehaltung der bisherigen Ausschlussgründe auch wegen Nichtschädigungsfolgen zu rehabilitieren sind. Von einer vollen Leistungsgewährung an die Angehörigen von Schwerbeschädigten und die Pflegepersonen sei dagegen abgesehen worden, weil diese Personen nicht zu den Versorgungsberechtigten im Sinne des BVG gehören.

15) BR-Drucksache 517/73 S.74

Selbst wenn man diesen Grund als ausreichend für eine unterschiedliche Behandlung der Ansprüche eines Schwerbeschädigten für seine Ehefrau und der Ansprüche einer Witwe ansieht, so erwecken diese Ausführungen Zweifel. Wenn die Folgen der Behinderung - offensichtlich meint das Gesetz damit die durch die Gesundheitsstörungen bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- und der Erwerbsfähigkeit - erleichtert werden sollen, kann das nur durch eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft geschehen und zwar im Rahmen des § 10 BVG mit den Mitteln der Krankenbehandlung. Man kann wohl nicht davon ausgehen, daß der Gesetzgeber eine abgeschwächte Form der Rehabilitation meint, wenn er fordert, daß die ^Folgen der Behinderung erleichtert (nicht beseitigt!) werden sollen.

Insgesamt ist es aber fraglich, ob die erklärte Absicht des Gesetzgebers, die Rehabilitation so in das Leistungssystem des BVG einzufügen, daß Heil- und Krankenbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen ohne Unterscheidung zu einer Einheit zusammengefaßt werden, als sinnvoll angesehen werden kann.

Der Regierungsentwurf geht davon aus, daß "es nicht möglich war, eigentliche Rehabilitationsmaßnahmen.... nach der Art der gewährten Leistung von anderen medizinischen Maßnahmen abzugrenzen", erklärt dennoch "spezifische, nur der Rehabilitation im eigentlichen Sinne dienende Leistungen zu Leistungen der Heilbehandlung"¹⁶⁾.

Es werden mithin eigene, typische Rehabilitationsmaßnahmen anerkannt, die jedoch wegen des fließenden Überganges zwischen kurativer medizinischer Behandlung und Rehabilitation nicht voneinander abgegrenzt werden konnten. Diese nach Meinung des Gesetzgebers feststehende Tatsache prägt den gesamten Charakter der neueren Rehabilitationsgesetzgebung. Um diesem fließenden Übergang gerecht zu werden, wird in je-

16) Wortlaut der Amtl. Begründung § 27 E RehaAnglG
BR-Drucksache 517/73 S.74

der Leistungsvorschrift, die medizinische Maßnahmen regelt, ein Leistungskatalog aufgestellt, der an denjenigen des § 10 RehaAnglG angelehnt ist. Ein Unterschied, ob die jeweilige Leistungsvorschrift ausschließlich Rehabilitationsleistungen regelt, wie etwa § 1237 RVO oder nicht, wie etwa § 182 RVO, wird hierbei nicht gemacht.

Die genannten Leistungsregelungen sind jedoch bestimmten und ausschließlichen sozialpolitischen Zielsetzungen untergeordnet, die rechtlich durch die jeweiligen Versicherungsrisiken erfaßt werden. Im Gegensatz hierzu ist die Sozialversorgung nicht auf einer versicherungsmäßigen Abdeckung bestimmter Lebensrisiken aufgebaut, sondern ihre Aufgabe ist es, Schädigungsfolgen "auszugleichen". Hierbei ist es im Ergebnis gleichgültig, ob medizinische Rehabilitationsleistungen mit kurativen Maßnahmen zusammengefaßt werden, da die Ziele beider Leistungsarten dem sozialpolitischen Zweck untergeordnet sind.

Daher kann die Regelung des § 10 BVG als Synthese rehabilitativer und kurativer medizinischer Leistungen angesehen werden. Insoweit deckt sich diese Vorschrift mit § 556 Abs.1 RVO. Auch in der gUV werden wie in der Sozialversorgung im Gegensatz zu anderen Sozialleistungsgesetzen nicht nur einzelne Funktionsbereiche, wie Gesundheit oder Erwerbsfähigkeit, sondern die gesamte Existenz des Menschen innerhalb eines durch bestimmte, kausal orientierte Tatbestände begrenzten Teilbereiches erfaßt. Es ist daher auch nicht möglich, diese Synthese rehabilitativer und kurativer Leistungen auf die anderen Sozialleistungsbereiche¹⁷⁾ zu übertragen, wenn diese Leistungen den Prinzipien des jeweiligen Gesetzes entsprechen, d.h. systemgerecht sein sollen.

17) zum Sonderfall der Sozialhilfe vgl. 6.Kap.

2. Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation

Bei diesen Leistungen zeigt sich die haftungsrechtliche Komponente der Sozialversorgung, obgleich sie als Maßnahmen der Kriegsopferversorge nach den §§ 25 ff. BVG gewährt werden. Die Leistungen der Kriegsopferversorge unterstehen eigentlich aber der Nachrangigkeitsklausel des § 25 a BVG. Danach ist die Gewährung der Leistungen davon abhängig, daß der Beschädigte infolge der Schädigung - bzw. die Hinterbliebenen infolge des Verlustes ihres Ernährers - nicht in der Lage sind, trotz der übrigen Leistungen nach dem BVG sowie ihres übrigen Einkommens und Vermögens eine angemessene Lebensstellung zu erlangen oder sich zu erhalten. Allerdings werden nach § 25 a Abs.5 BVG Fürsorgeleistungen auch gewährt, wenn es unbillig wäre, von dem Beschädigten den Einsatz seines Einkommens zu verlangen¹⁸⁾.

Diese grundsätzliche fürsorgerische Ausgestaltung der Hilfen nach den §§ 25 ff. BVG wird für die berufsfördernden Leistungen jedoch durch § 26 a Abs.6 BVG durchbrochen. Ausgenommen hiervon sind nur die sonstigen Hilfen, die während oder im Anschluß an berufsfördernde Maßnahmen zur Sicherung der Rehabilitation erforderlich sind (§ 26 Abs.3 Nr.5 BVG). Im Gegensatz zu § 26 Abs.4 BVG a.F. bleiben auch bei der Gewährung von Leistungen zur wirtschaftlichen Sicherstellung während des Rehabilitationsverfahrens - jetzt Übergangsgeld - das Vermögen oder etwaige Einkünfte unberücksichtigt.

Während die übrigen Leistungen der Kriegsopferversorge nur gewährt werden, wenn sich die betroffenen Personen nicht mit eigener Kraft eine angemessene Lebensstellung verschaffen können, werden die berufsfördernden Leistungen erbracht, ohne daß eigene Mittel des Betroffenen eingesetzt werden müssen.

¹⁸⁾ vgl. im einzelnen: Richtlinien für die Anwendung des § 25a Abs.5 BVG, BVB1 1971, S.50

Die haftungsrechtliche Ausgestaltung dieser Leistungen wird auch von den gesetzlichen Regelungen verdeutlicht, die die Hilfen zum beruflichen Aufstieg behandeln. Wenn ein beruflicher Aufstieg notwendig ist, um eine "angemessene Lebensstellung" zu ermöglichen, sind Hilfen hierzu zu gewähren. Im übrigen können Hilfen zum beruflichen Aufstieg gewährt werden. Der Haftungsrahmen der Pflichtleistung wird von dem Begriff der "angemessenen Lebensstellung" ausgefüllt. Die Angemessenheit ist hierbei unter Berücksichtigung der Eignung, Neigung und der bisherigen Tätigkeit festzustellen. Insbesondere das Abstellen auf die bisherige Tätigkeit des Beschädigten zeigt die restituierende Funktion dieser speziellen Hilfe, aber auch der allgemeinen berufsfördernden Maßnahmen, bei denen die drei genannten Faktoren ebenfalls angemessen zu berücksichtigen sind.

Die haftungsrechtliche Ausgestaltung der berufsfördernden Maßnahmen zeigt die Eigenständigkeit der Rehabilitation in der Sozialversorgung auch in diesem speziellen Bereich. Maßnahmen anderer Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Rentenversicherung, werden dann, wenn das BVG leistungsbestimmend ist, nicht mehr erforderlich.

III. Ergebnis

Das Recht der sozialen Entschädigung umfaßt einen durch gesetzliche Vorschriften genau umgrenzten Schadensbereich. Innerhalb dieses Schadensbereiches erbringt die Versorgungsverwaltung alle Maßnahmen, die erforderlich sind, um den Schaden zu beseitigen oder die Schädigungsfolgen zu mildern.

Im Gegensatz zur Unfallversicherung, die im gleichen Rahmen ihre Leistungen gewährt, werden jedoch in der Sozialversorgung der Leistungsverpflichtung

Grenzen gezogen, indem etwa die Heilbehandlung i.S. § 10 BVG an eine wirtschaftliche Verordnungsweise gebunden ist. Während die gUV sich an der haftungsrechtlichen Naturalrestitution orientiert, "haftet" die Sozialversorgung nicht für einen Schaden, sondern läßt sich diesen aus sozialstaatlichen Erwägungen zurechnen und versucht ihn "auszugleichen".

Diese Komponente wird auch schon in § 5 AT-SGB deutlich, wenn dort ein Recht auf angemessene wirtschaftliche Versorgung normiert wird. Innerhalb des materiellen Rechts wird diese Angemessenheit durch die Höhe der Grundrente konkretisiert. Bereits die Ausgleichsrente wird auf ein eigenes Einkommen angerechnet.

Das staatliche "Eintreten" im Gegensatz zur staatlichen "Haftung" zeigt sich auch in den Regelungen des BVG, die die Rehabilitationsleistungen des BVG als Basis für eine Selbsthilfe bestimmen. Gleichwohl wird die haftungsrechtliche Komponente im Bereich der berufsfördernden Leistungen deutlich, wenn bei der Auswahl der Maßnahmen auch auf die bisherige berufliche Tätigkeit abgestellt wird.

Die rehabilitativen Leistungen nach dem BVG sind nicht auf bestimmte Äußerungsformen eines Personenschadens begrenzt, sondern sind auf den gesamten Schaden gerichtet. Hierbei ist die Verknüpfung von kurativer und rehabilitativer medizinischer Behandlung in § 10 BVG hervorzuheben.

S e c h s t e s K a p i t e l

Die Rehabilitation in der Sozialhilfe

Die Sozialhilfe ist nicht unter denjenigen Institutionen genannt, die gem. § 2 Abs.1 RehaAnglG in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen worden sind. Dies heißt jedoch nicht, daß die Rehabilitation keine Aufgabe der Sozialhilfe ist. Von einer Einbeziehung auch dieses Zweiges der sozialen Sicherung in das Angleichungsgesetz wurde vielmehr deshalb abgesehen, weil sich angesichts der unterschiedlichen Leistungsprinzipien und der damit verbundenen verschiedenartigen Anknüpfungspunkte sowie des unterschiedlichen Personenkreises eine Reihe schwieriger Fragen ergeben hätte, die kurzfristig nicht zu lösen gewesen wären.¹⁾

Die Grundprinzipien der Sozialhilfe prägen auch im wesentlichen die Gewährung rehabilitativer Leistungen der Sozialhilfe. Jedoch wird eine genaue Untersuchung zeigen, daß die Rehabilitation eine besondere Stellung innerhalb des Leistungssystem der Sozialhilfe einnimmt, die das System der Rehabilitation innerhalb der sozialen Sicherung in wichtigen Bereichen ergänzt und abrundet.

I. Die Grundprinzipien der Sozialhilfe

Ausdrücklich bezeichnet § 1 Abs.2 Satz 1 BSHG es als Aufgabe der Sozialhilfe, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Das Gesetz stellt so mit einer programmatischen Erklärung den einzelnen

1) BT-Drucksache 7/1237 S.52

Normierungen den bei allen Entscheidungen zu beachtenden Auslegungs- und Handhabungsgrundsatz voraus. Gleichzeitig schafft es die Verbindung zu den Verfassungsentscheidungen für die Unantastbarkeit der Menschenwürde und für den Sozialstaat²⁾. Der schon hier erkennbar werdenden Grundeinstellung entspricht auch das weitere im Gesetz ausdrücklich erwähnte Ziel jeder Sozialhilfe, den Hilfeempfänger durch die Hilfe soweit wie möglich in die Lage zu versetzen, unabhängig von ihr zu leben, wobei der Empfänger nach seinen Kräften mitzuwirken hat³⁾.

Im wesentlichen orientiert sich die Sozialhilfe, wie schon das frühere Fürsorgerecht, an zwei Prinzipien: Derjenige erhält keine Sozialhilfe, der sich selbst helfen kann oder der die erforderliche Hilfe von anderen erhält (§ 2 Abs.1 BSHG) - Grundsatz des Nachranges der Sozialhilfeleistungen;

Art, Form und Maß der Sozialhilfe richten sich vor allem nach der persönlichen Situation des Hilfeempfängers, der Art seines Bedarfes und den örtlichen Verhältnissen (§ 3 Abs.1 BSHG) - Grundsatz der Sozialhilfe nach den Besonderheiten des Einzelfalles, d.h. Individualisierung der Sozialhilfeleistungen.

Dementsprechend kann Sozialhilfe definiert werden als kollektive Nothilfe mittels vorübergehender Nachteilsausgleichungen zur individuellen Existenzsicherung bei tatsächlichen, anderweitig nicht zu behebenden individuellen Bedürftigkeitslagen⁴⁾.

Im Gegensatz zu den anderen Zweigen der sozialen Sicherung werden die Leistungen der Sozialhilfe nicht nach kausalen Kriterien erbracht. Bei der Sozialhilfe ist vielmehr weder der Kreis der Hilfeempfänger

2) vgl. Art.1, 20, 28 GG

3) § 1 Abs.2 Satz 2 BSHG

4) Bley, SGB 1973, S.484

starr umrissen, noch sind die Sozialleistungen hinsichtlich des Grundes oder des Umfanges kausal bestimmt oder von Vorausleistungen abhängig.

Da das BSHG Leistungen bei Notlagen in allen Lebensbereichen gewährt, scheint eine Charakterisierung der Sozialhilfe als "Ausfallbürge"⁵⁾ nur einen Teil des Wesens und der Aufgabe der Sozialhilfe zu erfassen. Vielmehr wird ihr grundsätzlicher Charakter als (subsidiäre) "Basissicherung"⁶⁾ in § 9 AT-SGB deutlich. Dort wird demjenigen ein Recht auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe gegeben, der nicht in der Lage ist, aus eigenen Kräften seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder in besonderen Lebenslagen sich selbst zu helfen und auch von anderer Seite keine ausreichende Hilfe erhält.

In der ursprünglichen Fassung der Zielbestimmung der Sozialhilfe hieß es, sie solle dem Hilfeempfänger die Führung eines menschenwürdigen Lebens "ermöglichen"; in Anlehnung an § 1 Abs.1 Satz 2 AT-SGB ist sie dahingehend geändert worden, daß ihr dessen "Sicherung" obliege. Dies verdeutlicht und vertieft das Prinzip der Subsidiarität der Sozialhilfe. Dies Prinzip erfaßt nicht nur die Subsidiarität gegenüber Leistungen anderer Sozialleistungsinstitutionen, sondern auch die Subsidiarität der Sozialhilfe gegenüber der selbstverantwortlichen Vorsorge des Einzelnen. Die Sozialhilfe soll den Hilfesuchenden zur Selbsthilfe befähigen. Auch diese Zielbestimmung wurzelt im Subsidiaritätsprinzip, wonach auch im sozialen Rechtsstaat die personale Daseinsvorsorge in erster Linie Aufgabe des Einzelnen und der engeren Familiengemeinschaft⁷⁾ und erst in zweiter Linie der Träger öffentlicher Gewalt ist⁸⁾.

5) Flamm, in: Die Sozialordnung der Gegenwart 1968 S.103

6) Wertenbruch, Sozialverf. - Sozialverw. S. 178

7) vgl. § 7 Abs.2 BSHG, der die Kräfte der Familie zur Selbsthilfe anspricht

8) Wannagat LB S.177 ff.; Wolff VerwR S.138 II c

Schließlich ist als dritte Zielbestimmung in § 9 AT-SGB eingefügt worden, daß die Sozialhilfe dem Hilfesuchenden die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen soll. Im Gegensatz zu den übrigen Zielbestimmungen, die Ausdruck der mehr qualitativen Leistungsprinzipien sind, wird hierdurch ein mehr quantitatives Element zur Bestimmung des Leistungsumfanges genannt. Dieses wird bereits von dem Ziel der Sicherung der Führung eines menschenwürdigen Lebens mitumfaßt. Die mehr quantitative Seite der Zielbestimmung wird deutlich, wenn der Ausschußbericht in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die Bedeutung der Wohnung im Rahmen der äußeren, die sozialen Kontakte fördernden Verhältnisse hinweist⁹⁾.

II. Die relevanten Hilfearten

Diese in § 9 AT-SGB enthaltene Rechtsposition des Einzelnen wird durch § 28 Abs.1 AT-SGB, der auf die Vorschriften des BSHG verweist, konkretisiert.

Das BSHG differenziert die einzelnen Hilfearten nach den Leistungsgruppen der "Hilfe zum Lebensunterhalt" und der "Hilfe in besonderen Lebenslagen", die in 12 verschiedene Hilfearten gegliedert ist. Dabei deckt die "Hilfe zum Lebensunterhalt" mit der Sicherstellung des für den Bedarf des täglichen Lebens Notwendigen¹⁰⁾ "das für alle Menschen in gleicher Weise bestehende Existenzminimum"¹¹⁾. Hierdurch wird der Forderung des Gesetzgebers nach der Sicherung der Führung eines menschenwürdigen Lebens nachgekommen. Die Höhe und der Umfang der zu gewährenden Leistungen wird aber auf einem niedrigeren Niveau fixiert, als

9) BT-Drucksache 7/3786 S.3 zu § 9

10) vgl. § 11 Abs.1 BSHG

11) so Schellhorn/Jirasek/Seipp, BSHG, § 11 Anm. I

dies soziale Rechte tun, die ohne Begrenzung nach oben auf "wirtschaftliche Sicherung", die auch Statussicherung sein kann¹²⁾, oder - unter Relativierung, aber ohne Fixierung - auf "angemessene wirtschaftliche Versorgung"¹³⁾ gerichtet sind¹⁴⁾.

Demgegenüber ist die "Hilfe in besonderen Lebenslagen" konzipiert, gerade solchen spezifischen Notlagen von Hilfesuchenden zu begegnen, die den normalen Bereich des täglichen Lebens übersteigen. Solche Hilfearten sind vor allem die "Krankenhilfe" und die "Eingliederungshilfe für Behinderte".

Eine nähere Untersuchung zeigt, wie der Gesamtbereich der Rehabilitation auch in der Sozialhilfe von diesen unterschiedlichen Hilfearten ausgefüllt wird. Zugleich wird hierbei aber auch deutlich werden, daß die Zuordnungsschwierigkeiten, die etwa bei der gKV oder der Rentenversicherung bestehen, hier in das Zusammenwirken sozialhilferechtlicher Leistungsarten verlagert sind.

1. Die Krankenhilfe

Nach § 37 BSHG haben Kranke einen Rechtsanspruch¹⁵⁾ auf Krankenhilfe. Im Bereich der Sozialhilfe wird z.T. auf einen "medizinischen Krankheitsbegriff" abgestellt¹⁶⁾ und unter Erkrankung im medizinischen Sinn jeder von dem regelmäßigen Normalbefund abweichende körperliche oder geistige Zustand verstanden, unabhängig von Art und Dauer des krankhaften Zustandes.

12) wie etwa § 3 Abs. 2 Nr.4, § 4 Abs.2 AT-SGB

13) so im Bereich der "sozialen Entschädigung" i.S. § 5 Abs.1 AT-SGB

14) Bley in SGB-Soz.Vers. Ges.Komm. I § 9 Anm.4d aa)

15) vgl. § 4 Abs.1 BSHG

16) so z.B. Knopp/Fichtner, BSHG, § 36 Rdnr.4, § 37 Rdnr. 4

Andere¹⁷⁾ stellen demgegenüber ab auf einen objektiv fassbaren regelwidrigen Zustand des Körpers oder des Geistes oder beider zugleich, der von der Norm abweicht und durch eine Heilbehandlung, behoben, geändert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann. Beiden Definitionen ist gemein die Umschreibung eines schicksalhaften individuellen Lebenszustandes mit regelwidrigen und von der Norm abweichenden Merkmalen. Daß diese Kriterien allein in der gesetzlichen Krankenversicherung den leistungsauslösenden Krankheitsbegriff nicht befriedigend ausfüllen, wurde bereits oben erörtert¹⁸⁾. Es ist deshalb auch hier zweifelhaft, ob der "medizinische" Krankheitsbegriff zur Feststellung des Vorliegens einer Krankheit, die Krankenhilfe nach sich zieht, geeignet ist.

So weist das Bundesverwaltungsgericht darauf hin, daß der medizinische Krankheitsbegriff auch solche regelwidrigen körperlichen und geistigen Zustände umfaßt, die der Behandlung nicht bedürfen¹⁹⁾. Im Gegensatz zur Rechtsprechung des BSG stellt es jedoch nicht auf die objektive Behandlungsbedürftigkeit ab, sondern erkennt einen regelwidrigen Zustand nur dann als Krankheit im Sinne des Sozialhilferechts an, wenn dieser den Einsatz der im Gesetz vorgesehenen Mittel erfordert.

Durch die allgemeine Fassung am Schluß des § 37 Abs.2 BSHG stellt das Gesetz aber klar, daß jede im Einzelfall erforderliche Leistung zu erbringen ist. Dennoch besteht ein gewisser grundsätzlicher gradueller Unterschied der Krankenhilfe gegenüber der Krankenpflege i.S. § 182 RVO, der sich im Einzelfall aber nicht auszuwirken braucht. Eine dem § 38 Abs.2 BSHG entsprechende Vorschrift, wonach Leistungen in der Regel denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen sollen,

17) BVerwGE 30, S.62; E 32, S.96; Schellhorn/Jirasek/Seipp, BSHG, § 37 III 1a; Gottschick/Giese, BSHG, § 37 Rdz.4

18) vgl. 1.Kap. I

19) s. die Entscheidungen in Fußn. 17

ist in § 37 BSHG nicht enthalten. Das bedeutet, daß die Hilfe nach § 37 im Einzelfall hinter den entsprechenden Leistungen der gKV zurückbleiben, ihnen gleichen oder auch über sie hinausgehen kann²⁰⁾. Im Gegensatz zur gKV ist kein durch einen Versicherungsfall ausgelöster Leistungsautomatismus unabhängig von den Umständen des Einzelfalles vorhanden.

Dieses Fehlen einer Bindung der Leistungen der Sozialhilfe an einen Versicherungsfall, der sowohl hinsichtlich der Leistungsgründe als auch des Leistungsumfanges bestimmend und begrenzend wirkt, zeigt sich auch in der Fassung des § 37 Abs.2 BSHG. Dort werden zur Krankenhilfe "sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung der Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen" gerechnet. Diese Leistungen können in diesem Umfang im Bereich der Sozialversicherung nicht von einem Leistungsträger erbracht werden. Sie werden durch das Eintreten unterschiedlicher Risiken bewirkt, bzw. sie betreffen Bereiche, die überhaupt nicht risikomäßig erfaßt sind. So sind z.B. im Rahmen des § 37 BSHG bei der Gefahr lebensbedrohender Anfälle auch die Kosten eines Telefonanschlusses und die Grundgebühr zu übernehmen²¹⁾, eine Leistung, die von keinem Sozialversicherungsträger erbracht werden kann.

Unter diesen Umständen ermöglicht die Begriffsbestimmung der Krankenhilfe auch keine klare Abgrenzung zur Eingliederungshilfe für Behinderte i.S. § 39 BSHG. Eine auf mehr pragmatischen Überlegungen abstellende Abgrenzung ist allenfalls darin zu sehen, daß nach § 39 Abs.2 BSHG für Personen, denen eine Behinderung droht, das Gesetz den Nachrang der Eingliederungshilfe gegenüber der Krankenhilfe bestimmt.

Eine Abgrenzung dieser beiden Hilfearten ist aber von besonderer Bedeutung, da die Frage der Einkommensgrenze²²⁾

20) Gottschick/Giese, BSHG § 37 Rdz.6

21) OVG Münster Urt. v. 27.8.1973 - VIII A 73/73, mitgeteilt von Gottschick/Giese, BSHG § 37 Rdz. 5d)

22) vgl. §§ 79 ff. BSHG

oder der sachlichen Zuständigkeit der Sozialhilfeträger nach §§ 99, 100 BSHG unterschiedlich geregelt ist.

2. Die Eingliederungshilfe für Behinderte

a) Das Ziel der Eingliederungshilfe

Das Ziel der Rehabilitation - Erreichen von körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden trotz Behinderung - hat mit der Aufzählung in § 39 Abs.3 BSHG deutlichen Niederschlag im Gesetz gefunden. Nach der Novelle 1974 sind Begünstigte der Eingliederungshilfe nicht wie bisher einzeln aufgeführte Gruppen von Behinderten²³⁾. Der Gesetzgeber hat jetzt generell kodifiziert und in § 39 Abs.1 BSHG allen Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind, einen Anspruch auf Eingliederungshilfe eingeräumt. Personen mit einer anderen, d.h. nur vorübergehenden wesentlichen oder nicht nur vorübergehenden unwesentlichen Behinderung, kann Eingliederungshilfe gewährt werden.

In der Verordnung nach § 47 BSHG (Eingliederungshilfeverordnung)²⁴⁾ ist in § 4 als nicht nur vorübergehend ein Zeitraum von mehr als 6 Monaten genannt. In den §§ 1, 2 und 3 ist definiert, was als wesentlich bei körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen angesehen wird. Hierbei wird auf die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft abgestellt, die in erheblichem Umfang beeinträchtigt sein muß.

b) Die Eingliederungshilfen als subsidiäre und originäre Leistung der Sozialhilfe

Betrachtet man den Leistungskatalog des § 40 Abs.1 BSHG, so fällt auf, daß dort neben den Maßnahmen, die in §§ 10, 11 und 12 RehaAnglG genannt sind, auch

23) so § 39 Abs.1 BSHG a.F.

24) i.d.F. v. 1.Febr. 1975, BGBl I S. 433

Maßnahmen aufgeführt werden, die von den Rehabilitationssträgern i.S. des Angleichungsgesetzes nicht gewährt werden.

Es sind dies heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind (Nr.2a),

Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und Hilfe zum Besuch weiterführender Schulen, einschließlich Vorbereitung hierzu (Nr.3),

Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Behinderten entspricht (Nr.6 a),

Sicherung der Eingliederung des Behinderten in das Arbeitsleben (Nr.7)

sowie Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft (Nr.8).

Die übrigen Maßnahmen finden sich in weitgehend gleicher Formulierung in den Vorschriften des Rehabilitationsangleichungsgesetzes.

Dies gilt auch für Nr.1 des Kataloges, wonach zur Eingliederungshilfe auch gehört ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung.

Die Schwierigkeit einer Abgrenzung dieser Maßnahmen von der Krankenhilfe ist offensichtlich, auch hier werden für gleiche Maßnahmen typengleiche Bezeichnungen gewährt, die darüberhinaus auch gleichen, zumindest ähnlichen Zwecken dienen: Zur Besserung oder Linderung der Krankheitsfolgen oder aber zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung. Erfasst man unter dem Begriff "Behinderung" auch die Krankheitsfolgen, so würden beide Maßnahmen zumindest teilweise dem gleichen Zweck dienen. Dies kann das Gesetz jedoch, wie sich aus den unterschiedlichen Einkommengrenzen und der Tatsache, daß eine unterschiedliche

sachliche Zuständigkeit für die jeweiligen Maßnahmen besteht, ergibt, nicht gewollt haben.

Indem der Gesetzgeber Maßnahmen der Eingliederungshilfe dann ausschließt, wenn Krankenhilfe ausreicht, bringt er aber zum Ausdruck, daß die Eingliederungshilfe nicht den alleinigen Zweck verfolgen kann, eine Gesundheitsstörung zu beseitigen. Für diesen Zweck kommt ausschließlich Krankenhilfe in Betracht. Auch sonst wird für die Abgrenzung dieser Bereiche als maßgebend anzusehen sein, ob die Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung dienen und dadurch eines der drei Ziele des § 39 Abs.3 BSHG erreicht werden soll oder ob sie ausschließlich zur Wiederherstellung der Gesundheit erbracht werden sollen. Die Grenzen sind besonders dort fließend, wo eine Maßnahme der Besserung der Krankheitsfolgen dient und wo eine Maßnahme eine Behinderung verhüten soll. In derartigen Fällen kommt jedoch der Eingliederungshilfe schon aus dem Gesichtspunkt der Sonderbestimmung der Vorrang zu, wie sich auch aus § 83 BSHG ausdrücklich ergibt²⁵⁾. Danach ist diejenige Vorschrift maßgebend, für die die höhere Einkommensgrenze gilt.

Sämtliche Maßnahmen des Kataloges werden auf der Grundlage des § 39 BSHG mit der Folge gewährt, daß keine Maßnahme unterbleiben darf, welche die Aufgabe der Eingliederungshilfe gebietet; umgekehrt kommen Maßnahmen, die durch die allgemeine Fassung des § 39 Abs.3 BSHG nicht erfaßt werden, nicht in Betracht. Der Leistungskatalog ist jedoch so umfassend, daß er über die Leistungen der anderen Sozialleistungsträger in den oben erwähnten Fällen hinausgeht. Hier wird ein Aspekt der Rehabilitationsvorschriften der Sozialhilfe offenbar, der für die Stellung der Sozialhilfe innerhalb eines "Systems" der Rehabilitation von wesentlicher Bedeutung ist.

25) Gottschick/Giese, BSHG, § 37 Rdz.12

Der Katalog zeigt nämlich, daß die Sozialhilfe nicht nur subsidiär leistet, sondern daß ihr daneben originäre Aufgaben zugeordnet sind. Als subsidiär können diese Aufgaben nur insoweit bezeichnet werden, als diese Leistungen nur bei individueller Bedürftigkeit gewährt werden. Allerdings sind die zur Beurteilung dieser individuellen Bedürftigkeit im Gesetz geforderten Einkommens- und Vermögensgrenzen wesentlich höher angesetzt als bei der Bedürftigkeitsprüfung im Rahmen der allgemeinen Hilfe zum Lebensunterhalt. Insoweit muß von einer gewissen Relativierung der Subsidiarität bestimmter Maßnahmen der Eingliederungshilfe gesprochen werden.

Grundsätzlich wird Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 11 BSHG demjenigen gewährt, der seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend vor allem aus seinem Einkommen oder Vermögen beschaffen kann. Hilfe in besonderen Lebenslagen hingegen stellt gem. § 28 BSHG darauf ab, ob dem Hilfesuchenden bzw. dem Unterhaltspflichtigen die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen oder Vermögen zuzumuten ist. Die Grenzen der Zumutbarkeit sind durch die §§ 79 ff. BSHG festgelegt.

Während bei der Hilfe zum Lebensunterhalt die Bedürftigkeitsprüfung unter Berücksichtigung des vollen Einkommens und des vollen Vermögens durchgeführt wird, eröffnet § 28 BSHG die Möglichkeit, den Einsatz des Einkommens und Vermögens bei den im Einzelfall notwendigen Maßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen Umstände festzusetzen. Hierbei geht das Gesetz im Regelfall davon aus, daß das Einkommen bis zur Höhe des doppelten Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes, der Kosten der Unterkunft sowie 80% dieses Regelsatzes des Haushaltsvorstandes für jedes Haushaltsmitglied unberücksichtigt bleiben (§ 79 BSHG). Der darüber hinausgehende Teil ist insoweit zu berücksichtigen, als die Aufbringung der Mittel in angemessenem Umfang

zuzumuten ist. Darüber, welcher Umfang angemessen ist, ist gem. § 3 Abs.1 BSHG nach der Besonderheit des Einzelfalles zu entscheiden. Es bestehen hier alle Möglichkeiten, von voller Berücksichtigung des übersteigenden Einkommens bis hin zu seiner vollen Außerachtlassung.

Bei bestimmten Hilfearten in besonderen Lebenslagen sieht das Gesetz eine nochmalige Erhöhung der Grundbeträge gem. § 81 BSHG vor und zwar in etwa das Dreifache des Regelsatzes des Haushaltsvorstandes²⁶⁾. Diese besondere Einkommensgrenze gilt u.a. gem. § 81 Abs.1 Nr.1 BSHG bei der Eingliederungshilfe, wenn diese stationär oder teilstationär gewährt wird und bei Maßnahmen nach § 40 Abs.1 Nr.1 und 2 BSHG. Aber auch diese besondere Einkommensgrenze stellt keine absolute Grenze dar, der Einsatz des darüberhinausgehenden Einkommens richtet sich ebenfalls nach § 84 BSHG.

Das Gesetz unterscheidet demnach grundsätzlich in zweifacher Hinsicht: Einmal wird die Annahme einer Bedürftigkeit von unterschiedlichen Voraussetzungen abhängig gemacht; die Einkommensgrenze wird bei solchen Hilfeleistungen nach oben verschoben, die bei über das "normale" Lebensrisiko hinausgehenden Belastungen notwendig werden. Zum anderen wird innerhalb dieser Fälle noch einmal unterschieden nach Art und Dauer sowie Schwere der Belastungen²⁷⁾. Man kann daher sagen, daß das BSHG in diesen über das "normale" Lebensrisiko hinausgehenden Fällen unabhängig von einer Bedürftigkeit im strengen Sinn des § 11 BSHG zur Leistung verpflichtet ist. Die Heranziehung eigenen Vermögens und Einkommens ist nur in zumutbarem und angemessenem Umfang möglich.

26) Z.B. ist für die Stadt Bochum im Jahre 1976 als entsprechender Regelsatz die Summe von 272,--DM festgesetzt, der Grundbetrag des § 81 Abs.1 BSHG ist durch RechtsVO mit Wirkung v. 1.Juli 1975 auf 778,--DM erhöht worden.

27) so auch Begr. eines Reg.Entwurfes eines BSHG, BT-Drucksache 3/1799 A III 3 und zu § 77

Der Unterschied zur Hilfe zum Lebensunterhalt wird auch dadurch deutlich, daß gem. § 86 Abs.2 BSHG bei der Eingliederungshilfe nach § 40 Abs.1 Nr.3 - 5 BSHG nur verlangt werden kann, daß bei nichtstationären Maßnahmen der Behinderte sein Einkommen in voller Höhe für seinen Lebensunterhalt einsetzt, nicht hingegen für die Kosten der besonderen und typischen Maßnahmen, die durch seine Behinderung notwendig werden.

Bindenden gesetzlichen Niederschlag hat dieser Unterschied auch in § 43 Abs.1 BSHG gefunden. Danach ist bei stationären Maßnahmen die Hilfe auch dann in vollem Umfang zu gewähren, wenn dem Hilfesuchenden oder seinem Unterhaltspflichtigen die Aufbringung der Mittel zu einem Teil zuzumuten ist. In Höhe dieses Teiles haben sie zu den Kosten nur beizutragen, d.h. jedenfalls nicht voll zu tragen.

§ 43 Abs.2 BSHG lockert den Grundsatz des Nachranges gegenüber der Möglichkeit der Selbsthilfe durch Einsatz des Einkommens und Vermögens vollends auf. Eine Beteiligung der Unterhaltsverpflichteten ist in bestimmten Fällen nämlich nur in Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen vorgesehen. Diese Beteiligung erfolgt allerdings auch nur in dem Umfange, wie die Aufbringung der Mittel zumutbar ist. Diese Begrenzung des Einsatzes eigener Mittel gilt bei Maßnahmen für Behinderte unter 21 Jahren sowie bei Maßnahmen, die dem Behinderten die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen sollen. Hier wird eine Gleichstellung der Eltern behinderter Kinder mit Eltern von Kindern ohne körperliche oder geistige Beeinträchtigung vorgenommen. Der Grund hierfür ist im Ausgleich der besonderen, durch die Behinderung hervorgerufenen Belastungen zu sehen.²⁸⁾

28) so auch schriftl. Bericht des Ausschusses f. Sozialpolitik BT-Drucksache V/4429 A 3

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, daß die Eingliederungshilfen außerhalb einer strengen Subsidiarität stehen. Einige Formen der Eingliederungshilfe sind sogar als Pflichtleistungen (fast) unabhängig von Einkommen und Vermögen ausgestaltet.

Das weitere wesentliche Merkmal der Eingliederungshilfe ist darin zu sehen, daß sie Maßnahmen umfaßt, die nicht in die Risiko- bzw. Zurechnungsbereiche der anderen Sozialleistungsträger fallen. Auf die Bedeutung dieser Tatsache für ein "System" der Rehabilitation wird weiter unten eingegangen.

3. Die Bedeutung der Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung (§ 29 Abs.1 Nr.3 AT-SGB) für die Rehabilitation im BSHG

Dieses weit gefächerte Spektrum der Hilfen des BSHG schlägt sich auch in der Fassung des § 29 Abs.1 Nr.3 AT-SGB nieder. Dort ist ein Katalog für Leistungen aufgestellt, die als "Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung" bezeichnet werden.

Ursprünglich enthielt der erste Entwurf eines AT-SGB²⁹⁾ in den später gestrichenen §§ 68 - 71 "zusätzliche gemeinsame Vorschriften für die Eingliederung Behinderter". Die Bedeutung des § 29 Abs.1 Nr.3 AT-SGB war in diesen geplanten Vorschriften dadurch erhöht worden, als in § 71 für Leistungen der allgemeinen sozialen Eingliederung der örtlich zuständige Träger der Sozialhilfe nach Maßgabe des § 43 AT-SGB zur Vorleistung verpflichtet wurde. Da diese Leistungen von keinem anderen Träger mangels entsprechender normativer Leistungsverpflichtung hätten erbracht werden können, wäre hierdurch der originäre Leistungskatalog der Sozialhilfeträger erweitert worden. Diese de facto endgültige Leistungsverpflichtung hätte über § 10 AT-SGB einen Konflikt mit § 2 AT-SGB bewirkt.

29) BT-Drucksache 7/868

Nach dieser Vorschrift können aus den "sozialen Rechten" i.S. §§ 3 - 10 AT-SGB "Ansprüche nur insoweit hergeleitet werden, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches im einzelnen bestimmt sind".³⁰⁾

Trotz der Streichung der §§ 68 - 71 E AT-SGB ist das Problem aber geblieben, da die Einweisungsvorschrift unverändert in das in Kraft getretene Gesetz übernommen worden ist.

Für einige der in § 29 Abs.1 Nr.3 AT-SGB aufgeführten Leistungen lassen sich in den einzelnen Leistungsgesetzen keine Träger auffinden. Es sind dies die Hilfen

für Behinderte, die nur praktisch bildbar sind, zur Ermöglichung einer Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft (Buchst. c)

zur Ausübung einer angemessenen Tätigkeit, soweit berufsfördernde Leistungen nicht möglich sind (Buchst. d)

zur Ermöglichung und Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt (Buchst. e)

zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit sowie des seelischen Gleichgewichts (Buchst. f) und

zur Freizeitgestaltung und sonstigen Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben (Buchst. i).

Auch bei diesen Leistungen, die noch nie in dieser Prägnanz in einer Kodifikation formuliert worden sind, sind die Sozialhilfeträger leistungs verpflichtet.

Wenn nach § 40 Abs.2 BSHG Behinderten, bei denen wegen der Schwere ihrer Behinderung arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen nach § 40 Abs.1 BSHG nicht möglich waren, "nach Möglichkeit Gelegenheit zur Ausübung einer der Behinderung entsprechende Tätigkeit" gegeben werden sollte, ist dieser Tätigkeitsbereich

30) zur Funktion sozialer Rechte Meyer-Schnapp, DRV 1973, S.66 ff (80); Freitag, KrV 1976, S.11 f.

nunmehr in § 29 Abs.1 Nr.3 c u. d. AT-SGB deutlich und wünschenswert klar bestimmt worden. Da andere Sozialleistungsträger nicht eintreten können, ist dieser Bereich über § 40 Abs.2 BSHG der Sozialhilfe als originäre Aufgabe zugewiesen.

Das gleiche gilt für die in den Buchst. f u. i bisher fast gänzlich in Kodifikationen unerwähnten Maßnahmen, die das tägliche Leben insbesondere Schwerstbehinderter erleichtern sollen. Auch diese Leistungen sind bei der Gewährung der in § 40 BSHG vorgesehenen, nur beispielhaft aufgeführten Maßnahmen zu berücksichtigen.

III. Die Stellung des BSHG zu den übrigen Sozialleistungsgesetzen

Bereits die Untersuchung der unterschiedlichen Einkommensgrenzen bei den einzelnen Leistungen in besonderen Lebenslagen legt den Schluß nahe, daß diesen Leistungen der Charakter der Subsidiarität nicht wesenseigen ist. Dieses Ergebnis wird verstärkt, wenn man die Rehabilitationsleistungen mit den Leistungen der übrigen Sozialleistungsträger vergleicht.

Bei der Eingliederungshilfe für Behinderte sind Maßnahmen vorgesehen, die von den Leistungskatalogen der Sozialversicherungsträger und der Sozialversorgung nicht erfaßt werden. Andere Maßnahmen der Eingliederungshilfe werden nicht in der im BSHG vorgesehenen Form von den übrigen Leistungsträgern erbracht, insbesondere aber nicht mit dieser umfassenden Zielsetzung, nämlich den Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern.

1. Die Sonderstellung der Rehabilitation im BSHG
als nachrangiger Leistungskodifikation

Der Vergleich der Leistungen, die die Sozialhilfe erbringt, mit denen der übrigen Leistungsträger ergibt, daß ein Teil dieser Leistungen auch in die Risikobereiche der Sozialversicherungsträger fallen oder daß die staatliche Gemeinschaft diese Leistungen erbringt, da sie sich den Schadensgrund "zurechnen" läßt (soziale Entschädigung). Dies sind insbesondere die Maßnahmen nach § 40 Abs.1 Nr.1, 2, 4, 5 und 6 BSHG. Größtenteils sind es also diejenigen Leistungen, die sich auf die Erwerbsfähigkeit oder Erwerbstätigkeit des Behinderten beziehen. Während z.B. die dem § 40 Abs.1 Nr.1 BSHG entsprechenden Maßnahmen in der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung primär auf die Beseitigung einer durch die Behinderung bewirkten Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gerichtet sind, erbringt die Sozialhilfe diese Leistungen aber unabhängig vom Erfolg und ihrer Wirkung auf die Erwerbsfähigkeit. Im Vergleich mit der Leistungsbreite der gesetzlichen Krankenversicherung wiederum ist diese Maßnahme der Sozialhilfe ebenfalls umfassender ausgestaltet, da sie nicht nur bei behandlungsbedürftigen Funktionsstörungen des menschlichen Organismus und Geistes zu erbringen ist, sondern auch bei nicht behandlungsbedürftigen, nur behandlungsfähigen Funktionsstörungen im Sinne einer Behinderung.

Diese Leistungen stehen demnach zu den entsprechenden Leistungen der übrigen Sozialleistungsträger nicht nur in einem subsidiären Verhältnis, sondern gehen über deren Leistungsbereiche wegen der umfassenderen Zielsetzung hinaus. Hierdurch wird von der Sozialhilfe nicht nur nachrangig ein Leistungsbereich abgedeckt, sondern für bestimmte Personengruppen ein eigenständiger Leistungsbereich geschaffen, der aus dem sonstigen durch Risiko- und Zurechnungsbereiche gebildeten "System" herausfällt.

Dies ist jedoch nur ein Aspekt der Rehabilitationsleistungen im Rahmen der Sozialhilfe. Daneben ist die Rehabilitation in der Sozialhilfe wesentlich dadurch gekennzeichnet, daß sie Hilfen und Leistungen anbietet, die von den übrigen Sozialleistungsträgern nicht erbracht werden. Es sind dies einmal die Leistungen im schulisch-pädagogischen Bereich³¹⁾ und die Leistungen im Bereich der sogenannten praktischen Bildung³²⁾, zum anderen die Leistungen im Bereich des täglichen Lebens und des Berufes³³⁾, die nicht in die Zuständigkeit anderer Träger fallen. Auch diese Leistungen sind unter Würdigung der für ihre Gewährung geltenden Einkommensgrenzen und der zumutbaren Heranziehung zu den durch sie bewirkten Kosten (fast) von jeder Subsidiarität losgelöst anzusehen.

Gesetzgeberische Motivation für die dieser Schlußfolgerung zugrundeliegenden Regelung ist nach der Amtlichen Begründung des Entwurfes eines Dritten Änderungsgesetzes³⁴⁾ die Notwendigkeit, das im BSHG geregelte Recht der öffentlichen Fürsorge (Art.74 Nr.7 GG) - ebenso wie das sonstige Sozialleistungsrecht - an die allgemeine wirtschaftliche und soziale Entwicklung anzupassen. Die Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung wird durch die Erhöhung des Pflegegeldes und durch die laufende Anpassung von Festbeträgen an die Entwicklung der Regelsätze oder der Einkünfte von Arbeitnehmern herbeigeführt. Die Anpassung an die soziale Entwicklung wird durch Vergrößerung des Leistungsrahmens - wie Erweiterung der Bestimmungen über die Eingliederungshilfe für Behinderte und Ausbau der Bestimmungen über die Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten - und durch die Änderung der Leistungsvoraussetzungen - wie

31) § 40 Abs.1 Nr.2a, 3 BSHG, § 29 Abs.1 Nr.3a, b, e AT-SGB i.V.m. § 40 Abs.2 BSHG

32) § 40 Abs. 2 BSHG i.V.m. § 29 Abs.1 Nr.3 v, d AT-SGB

33) § 40 Abs.1 Nr.6a, 7,8,9 BSHG, § 40 Abs.2 BSHG i.V.m. § 29 Abs.1 Nr.3g, h und i AT-SGB

34) BT-Drucksache 7/308 S.10

Erhöhung der Einkommensgrenze für die Hilfe in besonderen Lebenslagen und die Einschränkung der Heranziehung Unterhaltspflichtiger - vorgenommen.

Insbesondere durch die Anpassung der Sozialhilfe an die soziale Entwicklung hat sie sich in den dargestellten Bereichen fortentwickelt. Sie ist nicht mehr nur eine Institution der kollektiven Nothilfe mittels vorübergehender Nachteilsausgleichung in Form eines "Ausfallbürgen". Grundsätzlich ist sie zwar dazu bestimmt, den Einzelnen unter Wahrung des Prinzips der "Hilfe zur Selbsthilfe" zu einer seinem individuellen Lebensentwurf entsprechenden Lebensführung zu befähigen. Die Sozialhilfe erbringt aber auch eigenständig und originär Leistungen zum Ausgleich besonderer, nicht alle gleichermaßen treffender Belastungen.

Insofern werden die Rehabilitationsregelungen des BSHG am ehesten dem in § 10 AT-SGB statuierten Recht des Behinderten auf Hilfe gerecht, die rein final bestimmt ist und nicht nach Art und Umfang von der Ursache der Behinderung abhängt. Sie allein sind jedoch nicht in der Lage, das Recht auf Eingliederung im vollen Umfang zu verwirklichen, da die Leistungen des BSHG "nur" einen Ausgleich der typischen und besonderen Belastungen der Behinderung zum Ziel haben und so der Herbeiführung einer den individuellen Möglichkeiten entsprechenden Chancengleichheit dienen. Auch die Eingliederungshilfe nach dem BSHG sollte daher eingebunden sein in die sonstigen, besonders die berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation.

2. Die Vorschläge der Bundesregierung zur Einbeziehung der Sozialhilfe in das Rehabilitationsangleichungsgesetz

In § 2 Abs.3 RehaAnglG ist der Bundesregierung daher auferlegt worden, bis zum 31.12.1975 den gesetzgebenden Körperschaften über die Möglichkeiten einer Einbeziehung von Leistungen nach dem BSHG in das

Angleichungsgesetz zu berichten und Vorschläge für die danach zu treffenden Maßnahmen zu machen.

Die Bundesregierung ist dieser Verpflichtung durch ihren Bericht vom 2.1.1976³⁵⁾ nachgekommen und macht im Ergebnis folgende Vorschläge:

1. Die Geltung der Verfahrensvorschriften des Ersten Abschnittes des Rehabilitationsangleichungsgesetzes wird auf die Eingliederungshilfe erstreckt,
2. das Leistungsrecht der Sozialhilfe im Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte wird den Katalogen der medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen (§§ 10 - 12 RehaAnglG) angeglichen,
3. in das Rehabilitationsangleichungsgesetz wird ein Katalog von Leistungen zur allgemeinen sozialen Rehabilitation aufgenommen,
4. der Leistungsumfang und die Leistungsvoraussetzungen der einzelnen Rehabilitationsträger werden durch die Einbeziehung der Eingliederungshilfe in das Rehabilitationsangleichungsgesetz nicht berührt.

Überprüft man diese Vorschläge der Bundesregierung anhand der systematischen Überlegungen, ergibt sich, daß sie im Sinne der dargestellten Prinzipien systemgerecht sind. Der Leistungsrahmen der Sozialhilfe, aber auch der der übrigen Leistungsträger wird nicht erweitert. Allerdings ist in dem konkreten Änderungsvorschlag die Regelung enthalten, daß die Sozialhilfe i.S. § 43 Abs.1 AT-SGB vorleistungspflichtig ist für Maßnahmen zur allgemeinen sozialen Rehabilitation, die in einem § 11 a in Übereinstimmung mit § 29 Abs.1 Nr.3 AT-SGB aufgeführt werden und somit ausschließlich Leistungen enthalten, die andere Sozialgesetze nicht vorsehen.

35) BT-Drucksache 7/4535

Wenn aufgrund dieser Vorleistungspflicht die Sozialhilfe im Endeffekt mangels Eintretens anderer Träger auch leistungspflichtig bleibt, so scheint im Entwurf doch davon ausgegangen worden zu sein, daß auch andere Träger diese Leistungen erbringen müssen. Sonst wäre die Vorleistungspflicht nicht geregelt worden. Hieraus könnte sich möglicherweise doch eine sukzessive Ausweitung der Leistungsrahmen der übrigen Träger ergeben.

Weiterhin ist in einem dem § 6 Abs.3 RehaAnglG anzufügenden Abs.4 die Regelung vorgesehen, daß Leistungen, die ein Träger nach Abs.2 erbracht hat und für die kein Träger zuständig ist, vom Empfänger zu erstatten sind. Der Erstattungsanspruch soll jedoch nicht geltend gemacht werden dürfen, soweit die Erstattung für den Empfänger, insbesondere mit Rücksicht auf seine wirtschaftlichen Verhältnisse, eine besondere Härte bedeutet. Dies bedeutet eine Übertragung der eingliederungshilferechtlichen Erstattungsnormen auf die sonstigen Sozialleistungsträger, die jedoch in den Zweigen der Sozialversicherung und in der Sozialversorgung überflüssig ist.

In § 6 Abs.2 RehaAnglG ist eine unter dem Gesichtspunkt der sozialrechtlichen Vereinheitlichung allgemein zu begrüßende Angleichung an § 43 Abs.1 AT-SGB vorgesehen.: Danach soll für eine Vorleistung das Bestehen eines Leistungsanspruches Voraussetzung sein, so daß Streit nur über die Person des Leistungspflichtigen bestehen kann³⁶⁾. Da somit ein Anspruch des Leistungsempfängers bestehen muß, muß auch ein Träger zuständig sein. Etwaige Kompetenzstreitigkeiten zwischen einzelnen Trägern, die u.a. durch die Regelung der "Vor"-Leistungspflicht der Sozialhilfe bei allgemeiner sozialer Rehabilitation hervorgerufen werden könnten, würden so aber auf den Leistungsempfänger abgewälzt.

36) Bley in: SGB-Soz.Vers.Ges.Komm. I § 43 SGB Anm.
2c

Im übrigen ist jedoch insbesondere die Erstreckung der Verfahrensvorschriften des Ersten Abschnittes des Angleichungsgesetzes auf die Rehabilitationsvorschriften des BSHG auch im Hinblick auf § 5 Abs.3 RehaAnglG (§ 46 BSHG)³⁷⁾ zu begrüßen.

IV. Ergebnis

Die rehabilitativen Hilfen der Sozialhilfe ergänzen das bisher untersuchte System der Rehabilitation in zweifacher Weise:

Einmal werden sie im herkömmlichen Sinn subsidiär erbracht, d.h. sie werden gewährt, wenn andere Leistungsträger nicht zuständig sind und der Hilfesuchende die Maßnahmen nicht aus eigenen Mitteln finanziell tragen kann.

Daneben werden im BSHG aber auch solche Maßnahmen geregelt, die in den anderen Sozialleistungsgesetzen nicht vorgesehen sind. Diese Maßnahmen werden bei bestimmten, über das normale Lebensrisiko des Einzelnen hinausgehenden Fällen gewährt, in denen der Betroffene besonderen Belastungen ausgesetzt ist. Bei diesen Maßnahmen ist die grundsätzliche Voraussetzung des Eintretens der Sozialhilfe, die Bedürftigkeit, fortgefallen und der Einsatz eigenen Vermögens beschränkt auf den Ersatz ersparter Aufwendungen für die eigene Lebensführung.

Schließlich erbringen die Sozialhilfeträger unabhängig von anderen Trägern allgemein Leistungen, die im weitesten Sinn das Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und zu fördern bestimmt sind. Die Leistungen der Sozialhilfe decken dementsprechend nicht nur im Rehabilitationsbereich einen tatsächlich vorhandenen Bedarf im Sinne einer Basisssicherung ab, sondern ergänzen die Rehabilitationsleistungen der anderen

37) vgl. dazu 8.Kap. III 2

Leistungsträger in bezug auf die Lebensbereiche, die typischerweise durch die über das normale Lebensrisiko hinausgehenden behinderungseigenen Belastungen eingeengt werden.

Die von der Bundesregierung vorgeschlagene Form der Einbeziehung der Sozialhilfe in das Angleichungsgesetz ist daher zu begrüßen, da dadurch die subsidiäre und die ergänzende eigenständige Funktion der Sozialhilfe in der Rehabilitation unterstrichen wird. Hierbei muß jedoch besonders beachtet werden, daß die Sozialhilfe auch völlig eigenständig gewisse Formen von Rehabilitationsmaßnahmen erbringt. Eine Unterwerfung auch dieser Maßnahmen unter die strenge Subsidiarität würde zu einer von den Risiko- und Zurechnungsbereichen der anderen Sozialleistungsträger nicht erfaßten und daher unsystematischen Ausweitung der Sozialversicherung und Sozialversorgung führen.

S i e b e n t e s K a p i t e l

Die Rehabilitationsleistungen des Schwerbehinderten- gesetzes

Die Betrachtung der Leistungen zur Rehabilitation Behinderter wäre unvollständig ohne eine Einbeziehung der im Schwerbehindertengesetz enthaltenen Regelungen. Dieses Gesetz ist zwar im Rehabilitationsangleichungsgesetz nicht genannt, jedoch ist es für die Eingliederung von Behinderten in das Erwerbsleben von großer Bedeutung.

Die im Schwerbehindertengesetz vorgesehenen Hilfen sind nicht nur dem Sozialrecht zuzuordnende Hilfen, sondern auch solche, welche durch arbeitsrechtliche Regelungen und Regelungen öffentlich-rechtlichen Inhalts die Stellung des Behinderten im Arbeits- und Berufsleben stützen¹⁾.

Zum Sozialrecht gehören z.B. die Gewährung von nachgehenden Hilfen im Arbeitsleben (§ 28 Abs.2 SchwbG), zum Arbeitsrecht gehören insbesondere die Bestimmungen über die Pflichten der Betriebsräte und über den Vertrauensmann der Schwerbehinderten (5.Abschnitt des SchwbG), der Kündigungsschutz (4.Abschnitt), das Arbeitsentgelt (§ 42 SchwbG) sowie die Bestimmungen über den Zusatzurlaub (§ 44 SchwbG). Öffentlich-rechtlichen Inhalts sind insbesondere alle Bestimmungen, die mit der Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber zusammenhängen (2.Abschnitt) und die Vorschriften über die staatlichen Zwangsmaßnahmen, die zur Durchsetzung der Rechtsverpflichtungen des Gesetzes ergriffen werden können.

Im Gegensatz zu den übrigen bisher untersuchten Gesetzen ist das Schwerbehindertengesetz kein Versicherungs- oder Versorgungsgesetz, das sein Ziel darin sieht, dem Behinderten Ansprüche auf Be-

1) Wildroth-Neumann, Schwerbeschädigtengesetz, Einl. Rdz. 30

treuung und Hilfe des Staates bzw. der Versicherten-
gemeinschaft zu garantieren. Trotz der verstärkten
sozialrechtlichen Komponenten ist es ein Beschäfti-
gungsgesetz geblieben, "in welchem öffentlich-recht-
liche Verpflichtungen der Arbeitgeber zur Beschäfti-
gung und arbeitsrechtliche Beziehungen zwischen
Arbeitgeber und Beschäftigten miteinander korres-
pondieren²⁾.

Dennoch kann das SchwbG zu den Gesetzen mit sozial-
rechtlichen Inhalten gezählt werden. Die Beschäfti-
gungspflicht des Arbeitgebers wird in diesem Gesetz
zu einem sozialpolitischen Instrument, das zusammen
mit den eigentlichen sozialrechtlichen Hilfen für
den Behinderten die Grundlage für ein selbstbe-
stimmtes Arbeits- und Berufsleben bildet. Auch ar-
beitsrechtliche Hilfen, die das Gesetz anbietet, wie
z.B. der Kündigungsschutz, werden zu im weitesten
Sinne sozialrechtlichen Gestaltungsregelungen, die
der Gesetzgeber im Vollzug seines grundgesetzlichen
Auftrages aus Art.1 Abs.1 GG³⁾ erlassen hat.

Diese Hilfen stellen insgesamt mit Ausnahme des § 28
Abs.1 Nr.3, Abs.3 SchwbG, wonach die Hauptfürsorge-
stelle im Rahmen ihrer Zuständigkeit aus den ihr
zur Verfügung stehenden Mitteln auch Geldleistungen
gewähren kann, neue Formen sozialrechtlichen Handelns
dar, die über die Gewährung materieller Hilfe in
Form von Entschädigungen oder Renten, von Krankenbe-
handlung oder direkten Rehabilitationsleistungen hinaus
bestimmt sind, das "Handikap" der Behinderung aus-
zugleichen.

2) Wilroth-Neumann a.a.O. Einl. Rdz. 32; vgl. auch
Jung, Das neue Schwerbehindertengesetz BAB1 1974
S.177 (181)

3) vgl. Wertenbruch, Sozialverfassung-Sozialverwal-
tung S.15; Maunz-Dürig-Herzog GG Art.1 I
Rdnr.43

I. Der vom Schwerbehindertengesetz erfaßte Personenkreis

Durch die Novellierung des Gesetzes⁴⁾ ist der durch dieses Gesetz begünstigte Personenkreis auf alle Schwerbehinderten ausgedehnt worden, ohne Rücksicht darauf, auf welche Ursache die Behinderung zurückzuführen ist.

§ 2 SchwbG stellt diesen Schwerbehinderten solche Personen gleich, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Erwerbsfähigkeit nicht nur vorübergehend weniger als 50%, aber wenigstens 30% gemindert sind, wenn sie infolge dieser Behinderung ohne Hilfen des Gesetzes einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder behalten können.

Diese beiden Normen geben dem Schwerbehindertenrecht einen völlig neuen Bezugsrahmen. Die Hilfen und Schutzbestimmungen des alten Schwerbeschädigtengesetzes, die erweitert und zum Teil neu definiert worden sind, werden allen Behinderten eröffnet, die dieses besonderen Schutzes bedürfen. Gesetzliches Kriterium dieses Schutzbedürfnisses ist wie bisher die Minderung der Erwerbsfähigkeit.

1. Die "Minderung der Erwerbsfähigkeit"

Durch die Ablösung des Kausalprinzips durch das Finalprinzip werden alle körperlich, geistig oder seelisch Behinderten erfaßt, wenn ihre Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Behinderung mindestens 50% beträgt. Im Schwerbehindertengesetz hat der Begriff "Erwerbsfähigkeit" weitgehend die gleiche Bedeutung wie im Recht der Unfallversicherung und in § 30 BVG⁵⁾. Erwerbsfähigkeit ist demnach die Fähigkeit eines Menschen, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen gesamten

4) BGBl 1974, I S.981

5) Rewolle, SchwbG, § 1 Anm. IV 3

Kenntnissen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen⁶⁾. Wie im Unfallversicherungsrecht ist maßgebend für die Bemessung der Minderung nicht die hypothetische Auswirkung der Verletzung bzw. der Behinderung, sondern es ist auf die tatsächlichen Auswirkungen bei der ganz bestimmten Person abzustellen⁷⁾. Hierbei ist der vor der Schädigung ausgeübte Beruf oder eine begonnene Berufsausbildung angemessen zu berücksichtigen.

Vom Schwerbehindertengesetz erfaßt werden mithin alle Personen, die von einer Behinderung betroffen sind. Allerdings geht der Begriff der "Minderung der Erwerbsfähigkeit" davon aus, daß eine Schädigung die Erwerbsfähigkeit herabgesetzt hat. Nach dem Wortlaut des Gesetzes müßte mithin schon einmal eine Erwerbsfähigkeit vorhanden gewesen sein. Gerade bei der Eingliederung jugendlicher Behinderter ist es daher fraglich, ob sie unter den Schutz des Schwerbehindertengesetzes fallen.

Vom Wortlaut des Gesetzes her fallen diejenigen Personen unter § 1 SchwbG, die mindestens 50% erwerbsgemindert sind. Nach der Rechtsprechung⁸⁾ kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit aber nicht mehr eintreten, wenn eine volle Erwerbsunfähigkeit vorhanden ist. Hierbei ist der Begriff der völligen Erwerbsunfähigkeit nicht der Erwerbsunfähigkeit im Sinne § 1247 Abs.2 RVO gleichzusetzen; vielmehr sind an diesen Begriff strengere Maßstäbe anzulegen. Danach bedeutet völlige Erwerbsfähigkeit, daß der Behinderte dauernd die Fähigkeit verloren hat, "einen irgendwie nennenswerten Verdienst zu erlangen, d.h., er muß aus gesundheitlichen Gründen unfähig sein, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich nach seinen gesamten Kenntnissen sowie körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich

6) RVO-Ges.Komm. § 1246 S.64; Jantz-Zweng § 1246 Anm. II B; Wannagat, LB S.259

7) für die KOV BSGE 11, S.50; Wannagat LB S. 259

8) BSGE 30, 224; LSG NW in Breith. 1970, S. 757

des wirtschaftlichen Lebens bieten, noch einen Erwerb zu verschaffen"⁹⁾. Die völlige Erwerbsunfähigkeit unterscheidet sich von der Erwerbsunfähigkeit im Sinne § 1247 Abs.2 RVO im Prinzip somit nur durch die Höhe des noch möglichen Verdienstes.

Diese Abgrenzung ist jedoch zu allgemein, als daß sie in der Praxis reibungslos gehandhabt werden könnte, so daß weitere Kriterien zur Unterscheidung herangezogen werden müssen.

In § 5 SchwbG werden Schwerbehinderte mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 80% und sonstige nach Art und Schwere ihrer Behinderung besonders betroffene Schwerbehinderte genannt, die in angemessenem Umfang von den Arbeitgebern zu beschäftigen sind.

Des weiteren hat das Arbeitsamt gem. § 7 Abs.5 SchwbG die Anrechnung auf einen Pflichtplatz zuzulassen, wenn ein Schwerbehinderter weniger als 20 Stunden wöchentlich beschäftigt wird und wenn diese kürzere Arbeitszeit wegen Art und Schwere der Behinderung notwendig erscheint.

Ausdrücklich läßt das Schwerbehindertengesetz also die Beschäftigung von Personen zu, die über 80% in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert sind, ja es fördert eine derartige Beschäftigung sogar. Darüberhinaus eröffnet es die Möglichkeit, solche Personen zu beschäftigen, die über die Geringfügigkeitsgrenze des § 102 AFG nicht hinauskommen und somit nach §§ 100, 101 AFG auf dem freien Arbeitsmarkt nicht vermittlungsfähig sind.

Auf der anderen Seite gelten gem. § 6 Abs.2 SchwbG bestimmte Arbeitsplätze nicht als Arbeitsplätze im Sinne des Gesetzes: Es sind dies die Stellen, auf denen pflegebedürftige Behinderte in solchen Betrieben und Anstalten beschäftigt werden, die über-

9) für die Unfallversicherung Lauterbach § 581 Rdz.
5a

wiegend der Eingliederung der Behinderten dienen und Arbeitsplätze für Personen, deren Beschäftigung nicht in erster Linie ihrem Erwerb dient und die vorwiegend zu ihrer Heilung, Wiedereingewöhnung oder Erziehung beschäftigt werden. Nicht als Arbeitsplätze im Sinne des Gesetzes gelten mithin sog. "therapeutische Arbeitsplätze".

Setzt man diese Ausnahmenvorschriften zu den §§ 5 und 7 Abs. 5 SchwBG in Relation, so ergibt sich, daß solche Personen unter den Schutz des SchwBG fallen, die in der Lage sind, einen Arbeitsplatz auf dem "allgemeinen Arbeitsmarkt" auszufüllen, wenn auch nur für eine zeitlich begrenzte Dauer. Der Grad der Erwerbsfähigkeit oder -unfähigkeit spielt hierbei - wenn überhaupt eine 50%ige Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt - keine entscheidende Rolle. Diese Erwerbsminderung ist die untere Grenze, die obere Grenze ist die tatsächliche Fähigkeit eines Behinderten, einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsplatz auszufüllen.

Aus alldem ergibt sich, daß es nicht notwendig ist, daß die Erwerbsfähigkeit eines Behinderten vermindert worden sein muß, damit er in den Schutz des Gesetzes gelangt¹⁰⁾. Vielmehr reicht es aus, daß der Behinderte - auch mit einer angeborenen Behinderung - einen "vermittlungsfähigen Arbeitsplatz" ausfüllen kann, damit er die einzelnen Hilfen des Schwerbehindertengesetzes, z.B. geringere Arbeitszeit, technische Arbeitshilfen, Teilzeitbeschäftigung, in Anspruch nehmen kann.

Im übrigen würde eine andere Sicht auch dem erklärten Ziel der Neuregelung des "Schwerbeschädigtenrechts" widersprechen. Durch die Abkehr vom Kausal-

10) Zur Frage, ob der Begriff der MdE überhaupt noch eine innere Beziehung zur Erwerbsfähigkeit hat, vgl. Gitter, Schadensausgleich S. 163 ff.

prinzip soll ja gerade erreicht werden, daß alle Behinderten - unabhängig vom Ursprung ihrer Behinderung, ob nun anlagebedingt oder durch eine Verletzung erworben - in den Bereich des Schwerbehindertengesetzes einbezogen werden. Wäre eine Minderung einer wenn auch relativen Erwerbsfähigkeit Voraussetzung, so würde der gesamte Personenkreis mit anlagebedingten Leiden nicht in den Schutz des Gesetzes gelangen können.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit, gemeint ist damit also im wesentlichen der Grad der Behinderung, darf nicht nur "vorübergehender Natur" sein. Dieser unbestimmte Rechtsbegriff ist nach herrschender Ansicht dann ausgefüllt, wenn nach der Lebenserfahrung auf eine nicht absehbare Zeit eine wesentliche Besserung der Behinderung ausgeschlossen ist und eine Steigerung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit auf weniger als 50% nicht zu erwarten ist¹¹⁾. Eine andere Ansicht fordert, daß auf die Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft abgestellt wird¹²⁾. Es kann jedoch dahingestellt bleiben, welcher Meinung zu folgen ist, denn die Lebenserfahrung wird sich auf medizinische Grundtatsachen stützen müssen. Bei der Beurteilung darf jedoch nicht berücksichtigt werden, daß die auf den konkreten Arbeitsplatz bezogene Fertigkeit des Behinderten sich durch Anpassung und Gewöhnung im Laufe der Zeit vergrößern wird.

2. Die Gleichstellung gem. § 2 SchwbG

Neben diesem Personenkreis fallen in den Schutz des Schwerbehindertengesetzes aber auch die gem. § 2 SchwbG gleichgestellten Personen.

11) Becker, Schwerbeschädigtengesetz § 1 Rdz.21; ähnlich Wildrodt-Neumann, Schwerbeschädigtengesetz § 1 Rdz.47

12) Rewolle SchwbG § 1 Anm. IV 6

Wesentliche Voraussetzung für die Gleichstellung ist, daß infolge der Behinderung kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder behalten werden kann. Der Ausdruck "infolge der Behinderung" bedeutet, daß gerade die Behinderung Ursache der Schwierigkeiten bei der Erlangung oder Behauptung des Arbeitsplatzes ist, die über das Maß dessen hinausgehen, was auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist. Da der Arbeitsplatz "geeignet" sein muß, dürfen auch solche Umstände berücksichtigt werden, die die normalerweise vorauszusetzenden Schwierigkeiten bei der Vermittlung Behinderter übersteigen. Die Gleichstellung hat so den Zweck, dem Behinderten die gleichen Möglichkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt zu geben wie dem Nichtbehinderten¹³⁾, wobei zwischen der Schutzbedürftigkeit des Behinderten und der Minderung seiner Erwerbsfähigkeit ein ursächlicher Zusammenhang bestehen muß¹⁴⁾.

Ein Arbeitsplatz ist dann als "geeignet" anzusehen, wenn eine Person ohne Behinderung sich auf dem Arbeitsmarkt einen solchen Arbeitsplatz beschaffen oder erhalten könnte, wenn der Arbeitsplatz also von einer nichtbehinderten Person von gleicher Vorbildung und gleichen sonstigen Voraussetzungen auf dem freien Arbeitsmarkt beschafft oder erhalten werden könnte. Daher kann die Gleichstellung auch dazu dienen, einen drohenden sozialen Abstieg zu verhindern¹⁵⁾.

Hat der Betroffene bereits einen Arbeitsplatz, so wird gefordert¹⁶⁾, daß als Voraussetzung für die Gleichstellung eine akute Gefährdung des Arbeitsplatzes vorliegen müsse. Eine Entlassung dieses Arbeitnehmers müsse unmittelbar bevorstehen oder in

13) Becker, Schwerbeschädigtengesetz § 2 Rdz.6

14) Rewolle, Schwerbeschädigtengesetz § 2 Anm. II 3

15) Wildroth-Neumann, Schwerbeschädigtengesetz § 2 Rdz. 8

absehbarer Zeit zu erwarten sein¹⁷⁾.

Zur Begründung wird angeführt¹⁸⁾, das Gesetz wolle den für die Gleichstellung in Frage kommenden Personenkreis nicht wie die "Schwerbeschädigten"¹⁹⁾ allgemein fördern, sondern sie nur davor bewahren, daß ihnen wegen ihrer Behinderung im beruflichen Wettbewerb mit gesunden Arbeitnehmern Nachteile erwachsen.

Daher führt das Bundesverwaltungsgericht auch dazu aus²⁰⁾, daß man dem Sinn der Vorschrift nur dann gerecht werde, wenn die Gleichstellung auch ihren Zweck erfüllen kann und nicht zu spät kommt. "Steht die Kündigung unmittelbar bevor, oder ist sie gar schon ausgesprochen, so hilft der durch die Gleichstellung bewirkte erhöhte Kündigungsschutz kaum noch, weil er erst mit der Bekanntgabe der Gleichstellung wirksam wird."²¹⁾

Unter diesen Voraussetzungen ist auch die Gleichstellung eine die Rehabilitation sichernde Maßnahme mit dem Ziel, "den Behinderten von dem Nachteil zu befreien, daß er mehr als ein Gesunder um seinen Arbeitsplatz mit Blick auf die Zukunft bangen muß."²²⁾

Als Ergebnis ist daher festzuhalten, daß alle Personen, die wegen ihrer Behinderung Schwierigkeiten bei dem Einsatz ihrer Erwerbsfähigkeit auf dem all-

17) Gotzen, Anm. zu OVG Münster - VII A 664/54; VII A 1458/56 in AP Nrn. 1 u. 2 zu § 2 Schwerbeschädigtengesetz; OVG Münster FEVS Bd.14 S.21 ff.

18) Gotzen a.a.O., AP Nr.1 zu § 2 Schwerbeschädigtengesetz

19) Die Anmerkung und die ihr zugrundeliegende Entscheidung behandeln das alte Schwerbeschädigtengesetz. Insoweit hat sich durch das SchwBG aber keine Änderung ergeben.

20) BVerwG v. 17.3.1973 Fürsorgerechtl. Entsch. Bd. 21 S.441, 444

21) BVerwG Fürsorgerechtl. Entsch. Bd. 21 S. 444 unter Bezugnahme auf BVerwGE 37, S.79

22) BVerwG Fürsorgerechtl. Entsch. Bd.21 S. 445

gemeinen Arbeitsmarkt haben, unter den Schutz des Schwerbehindertengesetzes fallen. Auf das Ausmaß der eingesetzten Erwerbsfähigkeit kommt es ebensowenig an, wie darauf, ob es sich bei der geforderten Minderung der Erwerbsfähigkeit um eine Erwerbsvermin - derung handelt, oder ob die Behinderung von Geburt an bestanden hat.

Insbesondere die Voraussetzungen der Gleichstellung gem. § 2 SchwbG machen den Zweck des Gesetzes deutlich. Der Behinderte soll mit Hilfe der Maßnahmen und Schutznormen dieses Gesetzes seine verbliebene, wiedererlangte bzw. noch vorhandene - relative - Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeine Arbeitsmarkt einsetzen können. Damit ist dieses Gesetz eine Hilfe i.S. § 10 AT-SGB, die dazu bestimmt ist, dem Behinderten "einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern" (§ 10 Nr.2 AT-SGB).

Die Sonderstellung der Hilfen und Schutzmaßnahmen des SchwbG innerhalb der sonstigen Rehabilitationsnormen wird deutlich, wenn man sie im einzelnen betrachtet. Hierbei wird offenbar, daß sie am Ende jeder erfolgreichen Rehabilitationskette stehen. Zugleich haben diese Hilfen und Schutzmaßnahmen aber auch die Aufgabe, die durch die einzelnen Träger erbrachten Rehabilitationsmaßnahmen zu sichern und deren Erfolg zu erhalten.

II. Die Rehabilitationshilfen des Schwerbehindertengesetzes

1. Die arbeitsrechtlichen Hilfen

Hierzu sind besonders die Beschäftigungspflicht des Arbeitgebers gem. § 6 SchwbG und der Kündigungsschutz des Behinderten gem. § 12 SchwbG zu zählen.

Durch die Beschäftigungspflicht des Arbeitgebers wird der Arbeitsmarkt für den Behinderten geöffnet,

während der Kündigungsschutz dazu dient, ihm seinen Arbeitsplatz auch zu erhalten.

Wenn gefordert wird²³⁾, daß die Beschäftigungspflicht nur zu Gunsten solcher Personen besteht, die der Arbeitsvermittlung im Sinne des § 103 AFG auch tatsächlich zur Verfügung stehen, kann dem nicht gefolgt werden.

Gemäß § 103 AFG steht der Arbeitsvermittlung zur Verfügung, wer eine Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann, sowie bereit ist, jede zumutbare Beschäftigung anzunehmen, die er ausüben kann. Ausdrücklich steht der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, wer nur geringfügige Beschäftigungen i.S. § 102 AFG ausüben kann, weil er in seiner Leistungsfähigkeit gemindert und berufsunfähig im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung ist.

Der Schwerbehinderte soll aber gerade in den Schutzbereich des Gesetzes gelangen, weil er nicht unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes beschäftigt werden kann. Darüberhinaus wird die geringfügige Beschäftigung des § 102 AFG in § 7 Abs.5 Satz 2 SchwbG ausdrücklich als geeignet angesehen, als Arbeitsplatz im Sinne § 4 Abs.1 SchwbG anerkannt zu werden. Die strengen Anforderungen des § 103 AFG können mithin in vielen Fällen, die das SchwbG besonders erwähnt, gar nicht erfüllt werden. Die Beschäftigungspflicht besteht daher vielmehr zugunsten aller Schwerbehinderten, die Arbeit suchen, d.h., die an die Arbeitsverwaltung zum Zwecke der Vermittlung i.S. § 14 AFG herangetreten sind²⁴⁾.

Die Beschäftigungspflicht gibt dem einzelnen Behinderten keinen individual-rechtlichen Anspruch auf Einstellung bei einem bestimmten Arbeitgeber, sondern sie besteht als öffentlich-rechtliche Ver-

23) Jung, BABI 1974, S.184

24) Ähnlich Rewolle, SchwbG § 4 Anm. I 1

pflichtung gegenüber dem Staat. Diese Verpflichtung erwächst aus dem Grundgedanken des sozialen Rechtsstaats und basiert auf einer Abwägung des Rechtes des Arbeitgebers auf freie Auswahl der von ihm Beschäftigten und dem Recht der Behinderten in ihrer Gesamtheit auf freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit und der Wahrung ihrer Menschenwürde. Dieser Gedanke ist über die öffentlich-rechtliche Beschäftigungspflicht hinaus auch in § 11 Abs. 2 SchwbG zum Ausdruck gekommen, wonach der Arbeitgeber den Schwerbehinderten so zu beschäftigen hat, daß dieser seine Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln kann. Hieraus folgt die öffentlich-rechtliche Verpflichtung des Arbeitgebers, den Behinderten auch tatsächlich zu beschäftigen.

Diese Verpflichtung des Arbeitgebers kann sogar soweit gehen, daß der Arbeitgeber andere Arbeitnehmer auf einem anderen Arbeitsplatz beschäftigen oder gar entlassen muß, um so einen für den Schwerbehinderten geeigneten Arbeitsplatz freizumachen²⁵⁾. Wenn sich im Laufe des Beschäftigungsverhältnisses die Kenntnisse und Fähigkeiten des Behinderten mit Wissen und Willen des Arbeitgebers erweitert haben, so muß ihn der Arbeitgeber im Falle der Eignung, der Zumutbarkeit und Möglichkeit mit höherwertigen Aufgaben betrauen²⁶⁾. Die berufliche Weiterentwicklung und innerbetriebliche Förderung des beruflichen Fortkommens der Schwerbehinderten ist daher auch in § 11 Abs. 2 Satz 2 SchwbG zu einer besonderen Verpflichtung der Arbeitgeber erklärt worden.

Hier wird deutlich, daß die Beschäftigungspflicht nicht nur eine Regelung ist, die die Rehabilitation, hier die Eingliederung in das Arbeitsleben, ermöglichen soll, sondern daß sie eine auf Dauer angelegte

25) BAG v. 4.5.1962, E 13, S.109 (114)

26) BAG v. 7.8.1964 AP Nr.3 zu § 12 SchwbG

Verpflichtung des Arbeitgebers ist, in dem von ihm kontrollierten Bereich die Persönlichkeit des Behinderten zu achten und ihre Entfaltung zu fördern.

Leider hat der Gesetzgeber in § 8 SchwbG die Möglichkeit vorgesehen, daß sich Arbeitgeber durch Zahlung einer sog. Ausgleichsabgabe in Höhe von 100,--DM von der Besetzung eines Pflichtplatzes "freikaufen" können. Durch diese Möglichkeit werden angesichts des ohnehin engen Arbeitsplatzangebotes für Behinderte die Chancen dieser Personen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden, erheblich verringert. Allerdings dienen die durch die Ausgleichsabgabe angesammelten Mittel, der Maßnahmen der allgemeinen Arbeits- und Berufsförderung Schwerbehinderter und der Finanzierung der Maßnahmen gem. § 28 Abs.1 Nr.3 SchwbG.

2. Die sozialrechtlichen Hilfen

Gemäß § 28 Abs.1 Nr.3 SchwbG obliegt der Hauptfürsorgestelle die nachgehende Hilfe im Arbeitsleben. Diese ist gem. Abs.2 in enger Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeit und den übrigen Trägern der Rehabilitation durchzuführen.

Nach dem Gesetzeswortlaut soll sie dahin wirken, daß die Schwerbehinderten in ihrer sozialen Stellung nicht absinken und auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können. Daneben sollen die Behinderten durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit Nichtbehinderten zu behaupten. Außerdem soll die Hauptfürsorgestelle darauf Einfluß nehmen, daß Schwierigkeiten bei der Beschäftigung verhindert oder beseitigt werden.

Nach der Amtl. Begründung des Gesetzesentwurfes²⁷⁾ sind die bisher als "Fürsorgeleistungen" verstandenen Hilfen Anwendungsfälle der nachgehenden Hilfe, jedoch mit der Einschränkung, daß alle Leistungen und Maßnahmen einen Bezug zum Arbeitsleben des Schwerbehinderten haben müssen. Demnach ist Aufgabe der nachgehenden Hilfe nicht mehr die Gleichstellung, Einstellung und Unterbringung, sondern die Hilfe für den Schwerbeschädigten am Arbeitsplatz selbst. Hierbei haben die Fürsorgestellen von Amts wegen tätig zu werden und schon auf Anregung und ohne förmlichen Antrag eventuellen Beschwerden nachzugehen²⁸⁾. Daneben ist besonders hervorzuheben die Durchführung von Schulungs- und Bildungsveranstaltungen für Vertrauensmänner, Beauftragte der Arbeitgeber und Mitglieder der Personalvertretung²⁹⁾, wodurch einem Bedürfnis der Praxis entsprechend das erforderliche Fachwissen der genannten Personen gestärkt und so eine wirksame Anwendung des Gesetzes gewährleistet werden soll³⁰⁾.

Über diese in der Regel in Form der persönlichen Hilfe zu erbringenden Leistungen hinaus läßt das Gesetz gem. § 28 Abs.3 SchwbG auch die Gewährung von Geldleistungen aus Mitteln zu, die der Hauptfürsorgestelle aus der Ausgleichsabgabe zustehen. Als Zweck der Gewährung der Geldleistungen ist im Gesetz besonders die Beschaffung oder Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung genannt, sowie Hilfen zur wirtschaftlichen Selbständigkeit Schwerbehinderter. Daneben können Arbeitgeber zur technischen Arbeitsplatzgestaltung i.S. § 11 Abs.3 SchwbG Geldleistungen erhalten.

27) BR-Drucksache 262/73 zu Nr.27 S.31

28) Wildrodt-Neumann, Schwerbeschädigtengesetz § 21 Rdz.26

29) Zur Rechtsstellung und zu den Aufgaben der Betriebs-, Personal-, Richter- und Präsidialräte, der Vertrauensmänner und der Beauftragten der Arbeitgeber vgl. §§ 20 - 26 SchwbG

30) Amtl.Begründung BR-Drucksache 262/73 zu Nr.27 S.31

Die Möglichkeiten der Gewährung von Geldleistungen durch die Hauptfürsorgestellen sind gegenüber sonstigen Rehabilitationsleistungen subsidiär. Ausdrücklich dürfen Leistungen der Rehabilitationsträger, auch wenn ein Rechtsanspruch auf sie nicht besteht, gem. § 28 Abs. 4 SchwbG nicht deshalb versagt werden, weil nach dem Schwerbehindertengesetz entsprechende Leistungen vorgesehen sind. Ebenfalls ist eine Aufstockung von Leistungen anderer Rehabilitationsträger durch die Hauptfürsorgestellen nicht möglich.

Allerdings ist in § 28 Abs. 5 SchwbG eine Vorleistungspflicht der Hauptfürsorgeträger für den Fall vorgesehen, daß ungeklärt ist, welcher Träger Leistungen zur nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben zu gewähren hat, oder daß die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Maßnahmen aus anderen Gründen gefährdet ist.

Fraglich ist jedoch, ob die Leistungen des Sozialhilfeträgers gem. § 40 Abs. 1 Nr. 6 a BSHG wegen der Subsidiarität des Schwerbehindertengesetzes nicht vorrangig ist. Nach § 2 BSHG sind die Hilfen des BSHG gegenüber Verpflichtungen anderer subsidiär, wobei auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen anderer, auf die kein Anspruch besteht, nicht deshalb versagt werden dürfen, weil nach dem BSHG entsprechende Leistungen vorgesehen sind³¹⁾. Diese Vorschrift stimmt wörtlich überein mit der entsprechenden Vorschrift des Schwerbehindertengesetzes. Aber auch § 40 Abs. 1 Nr. 6 BSHG bezeichnet z.B. mit der "Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben" eine Eingliederungshilfe, die dem Schwerbehindertengesetz zuzuordnen ist. Hier liegt

31) vgl. 6.Kap. II 2 b

keine Subsidiaritätsvorschrift für das Schwerbehindertengesetz vor, so daß die auf dieses Gesetz gestützten Maßnahmen denen des BSHG vorrangig sind.

Auch in den Fällen, in denen eine Subsidiarität geregelt wird, wird man dann von einem Vorrang der Hilfen des Schwerbehindertengesetzes gegenüber denen des BSHG ausgehen müssen, wenn die Hilfen in einem engen Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz stehen, da das Schwerbehindertengesetz gegenüber dem BSHG das speziellere Gesetz ist, soweit es den Bereich des Arbeitsplatzes und des Arbeitslebens betrifft.

Wenn daher die Beschaffung einer Wohnung z.B. deshalb notwendig wird, weil der Schwerbehinderte von seiner bisherigen Wohnung einen zu langen oder umständlichen Arbeitsweg zu dem Betrieb zurückzulegen hat, ist eine Hilfe zur Wohnraumbeschaffung nach dem Schwerbehindertengesetz angezeigt. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Notwendigkeit einer neuen Wohnung in anderen, in keinem Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz stehenden Umständen begründet ist.

Die nachgehenden Hilfen im Arbeitsleben nach dem Schwerbehindertengesetz sind daher dann gegenüber entsprechenden Leistungen anderer Sozialleistungsträger - mit Ausnahme der Sozialhilfeträger - subsidiär, wenn diese tatsächlich in nennenswertem Umfang von den anderen Leistungsträgern erbracht werden oder erbracht werden können. In bezug auf das BSHG kann man hingegen in keinem Fall von einer Subsidiarität sprechen. Diese kann nur bei identischen Tatbestandsvoraussetzungen und gleichartigen Leistungen vorliegen. Die Tatbestandsvoraussetzung des "engen Zusammenhanges mit dem Arbeitsplatz" ist im BSHG jedoch nicht gegeben, so daß die Frage, ob Hilfen des BSHG oder solche des Schwerbehindertengesetzes eingreifen, nicht eine Frage der Subsidiarität, sondern eine solche der Zweckbestimmung der einzelnen Maßnahme ist.

III. Ergebnis

Die Hilfen und Schutzvorschriften des Schwerbehindertengesetzes sind Teil der in § 10 AT-SGB genannten Eingliederungshilfen für Behinderte. Durch unabhängig von Art und Ursache der Behinderung zu gewährende arbeits- und sozialrechtliche Hilfen soll dem Behinderten die Möglichkeit gegeben werden, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seine Erwerbsfähigkeit zu verwerten, die durch Maßnahmen der Rehabilitationsträger hergestellt, wiederhergestellt oder erhalten worden ist.

Die Bestimmungen des Schwerbehindertengesetzes werden demnach am Ende jeder erfolgreichen Rehabilitationskette relevant, wenn während der Rehabilitation auch berufsfördernde Leistungen erbracht wurden. Das Schwerbehindertengesetz dient daher sowohl der eigentlichen Rehabilitation, als auch der Sicherung der durch die Rehabilitation erst ermöglichten Stellung des Behinderten im allgemeinen Erwerbsleben.

Daneben bietet das Gesetz auch durch die Gewährung von "nachgehender Hilfe im Arbeitsleben" solche Hilfen an, die von den Rehabilitationsmaßnahmen der Sozialleistungsträger nicht erbracht werden. Diese Hilfen müssen jedoch auf die Sicherung von Arbeitsplätzen gerichtet sein. § 28 Abs.3 SchwbG erfüllt so für den Bereich des Arbeitslebens eine den Hilfen des BSHG vergleichbare Aufgabe, soweit diese auf die Teilnahme des Behinderten am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sind.

Funktion aller im Schwerbehindertenrecht vorgesehenen Regelungen ist es, die geminderten Erwerbschancen der Schwerbehinderten denen der nicht oder nur leicht Behinderten anzugleichen. Soweit sie Sozialleistungen i.S. von § 11 AT-SGB darstellen,

handelt es sich daher um Egalisationsleistungen, denen jedoch im Hinblick auf die Sicherung der durch die Rehabilitation erst ermöglichten Stellung des Behinderten im allgemeinen Erwerbsleben auch Präventionsfunktion zukommt³²⁾.

Die Sonderstellung der Leistungen und Schutzbestimmungen des Schwerbehindertengesetzes findet auch darin Niederschlag, daß ihnen in § 20 AT-SGB eine eigene Regelung zugestanden worden ist und daß sie nicht in den Katalog des § 29 AT-SGB aufgenommen wurden. Dennoch konkretisiert § 20 AT-SGB zusammen mit § 29 AT-SGB das in § 10 AT-SGB enthaltene soziale Recht der Behinderten auf Eingliederung. Das Schwerbehindertenrecht realisiert jedoch dieses Recht nur durch Sicherung eines den Neigungen und Fähigkeiten des Behinderten entsprechenden Platzes im Arbeitsleben. Trotz dieser Sonderstellung und obgleich es vom Gesetzgeber des SGB nicht zu den eigentlichen Rehabilitationshilfen gerechnet wurde, ist das Schwerbehindertengesetz so eine echte Rehabilitationsregelung, die neben den Hilfen des § 29 AT-SGB einen festen Platz in dem "prozeßhaften Kontinuum"³³⁾ Rehabilitation innehat³⁴⁾.

32) Bley in: SGB-SozVers-GesKomm., I § 20 Anm. 3a SGB

33) Jahn, Rehabilitation als Problem der Medizinsoziologie S. 43, vgl. dazu Einleitung S.10f

34) a.A. Wertenbruch in Sgb 1977, S.330 unter 6., nach dessen Ansicht die zusätzlichen Leistungen an Schwerbehinderte nichts mit der Eingliederung Behinderter nach § 29 AT-SGB zu tun haben.

A c h t e s K a p i t e l

Die Rehabilitation als Gegenstand des Systems der Sozialen Sicherung

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Rehabilitation bzw. die zum Zwecke der Rehabilitation vorgesehenen Maßnahmen in das Leistungsgefüge der einzelnen Sozialgesetze einbezogen worden ist, soll nun versucht werden, auf dieser Basis die Rehabilitation auf den Gesamtrahmen des Rechts der Sozialen Sicherung zu übertragen.

I. Die Rehabilitation innerhalb des gegliederten Systems

Rehabilitation ist erkannt worden als Regelungsgegenstand aller untersuchten Leistungsgesetze, allerdings unterschiedlich nach Art und Umfang, jedoch entsprechend den jeweiligen sozialpolitischen Zielsetzungen der gesetzlichen Regelungen.

Diese sozialpolitischen Zielsetzungen erfahren ihre Konkretisierung in den einzelnen Gesetzen durch den Leistungsgrund. Innerhalb der Sozialversicherung wird dieser Leistungsgrund durch den Versicherungsgegenstand bestimmt und durch den Versicherungsfall aktualisiert, im Recht der sozialen Entschädigung durch den Grad des "staatlichen Einstehens" für einen Gesundheitsschaden. In der Sozialhilfe wird die Konkretisierung sowohl durch das Erfordernis individueller Bedürftigkeit, als auch zumindest in Ansätzen durch eine allgemeine Bedürftigkeit herbeigeführt, deren Kriterium in den Belastungen zu sehen ist, die typischerweise durch die über das

normale Lebensrisiko hinausgehenden behinderungs-eigenen Belastungen gebildet werden.

Daneben bietet das Schwerbehindertengesetz jedem Behinderten eine Grundsicherung bei der Verwertung seiner durch rehabilitative Leistungen (wieder-)erworbenen Erwerbsfähigkeit mittels arbeits- und sozialrechtlicher Maßnahmen, die unabhängig von Art und Ursache der Behinderung gewährt werden.

1. Die sozialpolitische Zielsetzung der Rehabilitation

Die Schwierigkeiten, die sich bei der Subsumtion von rehabilitative Maßnahmen erfordernden Lebenssachverhalten unter die einzelnen sozialrechtlichen Anspruchsnormen ergeben, resultieren in ihrer Mehrzahl aus dem Umstand, daß Rehabilitation ein in sich vielgegliederter, nach außen jedoch einheitlicher Prozeß ist, der auf die Gesamtpersönlichkeit des behinderten Menschen abgestellt ist.

Diesem einheitlichen Prozeß ist der Gesetzgeber in § 10 AT-SGB durch die in dieser Bestimmung zum Ausdruck gekommenen "Tendenzvorstellungen"¹⁾ gerecht geworden. § 10 AT-SGB sieht das oberste Ziel der Rehabilitation darin, dem Behinderten einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern. Damit realisiert diese Bestimmung die Kernforderungen des sozialstaatlichen Gedankens - Abbau von Defiziten an materieller Absicherung, Chancengleichheit und Entfaltungsmöglichkeit²⁾, ohne jedoch ausschließlich auf die (Re)Produktion der Arbeitskraft abzustellen.

1) zum Ausdruck vgl. Wertenbruch, SGB 1977, S.329

2) Henke, ZSR 1977, S.189

Zwar definiert auch § 1 RehaAnglG das Ziel der Rehabilitation dahin, Behinderte in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Diese Betonung der berufsfördernden Aspekte der Rehabilitation bedeutet jedoch nicht, daß die soziale Integration nur eine Nebenaufgabe sei. Allerdings wird hierdurch die Bedeutung der Arbeitskraft des Einzelnen für seinen Standort in einer Industriegesellschaft hervorgehoben. Da die Stellung im Arbeitsleben weitgehend auch die gesellschaftliche Stellung bestimmt, werden die Behinderten, die infolge ihrer Behinderung keine oder nur eine untergeordnete Stellung im Arbeitsleben einnehmen, an den Rand der Gesellschaft abgedrängt³⁾.

Dies wird auch in der Regelung des § 39 Abs.3 BSHG deutlich: Zwar wird dort die Eingliederung in die Gesellschaft in den Vordergrund der Rehabilitation gestellt, jedoch wird hiervon sowohl die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft als auch die Eingliederung in Arbeit und Beruf umfaßt, gewissermaßen als Stufen auf dem Weg zur Erreichung dieses Zieles.

§ 10 AT-SGB ist jedoch ebenso eingebunden in die Grundbestimmung des § 1 Abs.1 AT-SGB, der die fundamentalen Systemprinzipien⁴⁾ beinhaltet. Die Leitvorstellungen des § 10 AT-SGB zielen damit sowohl auf soziale Sicherheit als auch auf soziale Gerechtigkeit, wobei insgesamt gesehen das Ziel der sozialen Gerechtigkeit Vorrang hat.⁵⁾ Hieraus folgt, daß die Hilfen des § 10 AT-SGB i.V. mit den Leistungen des § 29 AT-SGB vor allem aber der Sicherung eines menschenwürdigen Daseins dienen. Unter diesem Aspekt meint Rehabilitation Behinderter Aufnahme in die Gesamtheit zwischenmenschlicher Ordnungen und Beziehungen - Eingliederung in die Gesellschaft - aber auch

3) Bley in: SGB-SozVers-GesKomm, I § 10 SGB Anm. 6a

4) Freitag, KrV 1976, S.11

5) Haines in: Das neue Sozialgesetzbuch S.57; Bley in: SGB-SozVers-GesKomm, I § 10 SGB Anm. 1 d

in den außerinstitutionellen Bereich politischen, kulturellen, sportlichen und familiären Lebens - Eingliederung in die Gemeinschaft⁶⁾.

Die Vielfalt des auf den Behinderten gerichteten Tätigwerdens ist sowohl in § 10 als auch § 29 AT-SGB mit der Bezeichnung "Eingliederung Behinderter" benannt worden. Hieraus wird geschlossen, daß Eingliederung Behinderter etwas Neues sei und etwas ganz anderes als Rehabilitation⁷⁾. Die alte Bezeichnung "Rehabilitation" habe der Gesetzgeber ganz bewußt abgelegt, weil sie irreführend und mit ideologischen Parolen und Vorurteilen verbunden sei, die im SGB keine Stütze fänden⁸⁾.

Abgesehen von Art. II § 1 Nr.17, der das Angleichungsgesetz als Randerscheinung aufführe und es provisorisch in das SGB einordne, kenne das Sozialgesetzbuch nur noch die "Eingliederung Behinderter". Hiermit wird ein Aspekt der gesamten Rehabilitationsproblematik angesprochen, den bereits die vorgesetzte Diskussion nicht zu bewältigen in der Lage war.

In der Einleitung dieser Untersuchung wurden einige der wichtigsten Definitionen bzw. Explikationen dessen, was als Rehabilitation bezeichnet wird, wiedergegeben⁹⁾. Allen Äußerungen ist gemein, daß sie die Rehabilitation als vielgegliederten Prozeß der unterschiedlichsten Wissenschaftsdisziplinen ansehen. Das Sozialrecht ist in diesem Prozeß nur ein Instrument des rehabilitativen Handelns. Es bietet lediglich die Basis der Rehabilitation. Dies wird auch in dem erstmaligen gesetzlichen Niederschlag deutlich, den das Wort Rehabilitation im Titel des "Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation" ge-

6) vgl. Jung/Preuß, Rehabilitation S.110

7) Wertenbruch, SGB 1977 S.327 unter II

8) Wertenbruch, SGB 1977, S.327

9) Einleitung S. 10 f.

funden hat. Die in diesem Gesetz zusammengefaßten Leistungen dienen der Rehabilitation, sie sind nicht Rehabilitation.

Wenn in der Vergangenheit verschiedentlich der Vorschlag gemacht wurde¹⁰⁾, das Fremdwort "Rehabilitation" durch ein deutsches Wort zu ersetzen, da es ein - noch dazu schlechter - Import aus dem angelsächsischen Sprachraum sei¹¹⁾, so wurde hierbei außer acht gelassen, daß "Rehabilitation" einen viel größeren Begriffsinhalt hat, als etwa das Wort "Eingliederung".

Dies wurde bereits bei der erstmaligen¹²⁾ Verwendung des Wortes "Rehabilitation" durch den Staatsrechtslehrer Ritter von Buß im Jahre 1846 deutlich, in einem Zusammenhang, der von Überraschender Aktualität ist:¹³⁾

"Vielmehr soll der heilbare Arme vollkommen rehabilitiert werden; er soll sich zu der Stellung erheben, von welcher er herabgestiegen war; er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wiedergewinnen und mit ihr ein neues Leben... Diese Rehabilitation wird man durch eine vollständige Unterstützung, welche sich an die Ursache des Elends selbst, zum Zweck, sie aufzuheben, wendet, erwirken."

Bereits 1846 wurde mit "Rehabilitation" demnach verbunden die Wiedererlangung von Ehrenrechten, die der "heilbare Arme" durch seinen Leidenszustand verloren hatte. Dieses Grundelement, das von Buß als die Wiedergewinnung des Gefühls der persönlichen Würde genannt hat, ist auch heute wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation: Die Würde des Menschen ist es, um dessen Willen rehabilitiert wird¹⁴⁾.

10) z.B. Dierkes, ZSR 1956, S.273; Wahl ZSR 1956, S. 247; Tönnies BABI 1962, Nr.7

11) Katsch, Int.Zeitschr.f.Phys.Med. und Reha.1961, S.24

12) Jahn, Rehabilitation als Problem der Medizinsoziologie, S.40 f.

13) Buß, System der gesamten Armenpflege Bd. III 3.Teil S.331 f.

14) Wertenbruch in: Das neue SGB S.137 f.

Während § 10 Ziff. 1 AT-SGB die Hilfearten aufzeigt und damit eher die Techniken der "Rehabilitation", findet dieses Ziel der "Rehabilitation" in der Ziff. 2 Ausdruck, soweit dieses Ziel mit rechtlichen Mitteln erreicht werden kann. Aber diese sozialrechtlichen und - im Schwerbehindertengesetz - arbeitsrechtlichen Hilfen können "Rehabilitation" allein nicht ausfüllen, auch sie dienen nur der "Rehabilitation". Unter diesem Aspekt ist Eingliederung Behinderter tatsächlich etwas anderes als Rehabilitation. Hierdurch wird die rechtliche Seite der Rehabilitation bezeichnet und damit nur ein Teil der Gesamtbreite des Rehabilitationsgeschehens¹⁵⁾.

Daher ist das geltende Recht auch nicht in der Lage, allen durch den Begriff "Rehabilitation" erfaßten Faktoren jeweils in jedem einzelnen Leistungsgesetz gerecht zu werden. Die einzelnen Sozialgesetze greifen vielmehr mehr oder weniger große Teilbereiche der menschlichen Existenz heraus und decken diese Teilbereiche im Bedarfsfall leistungsmäßig ab.

2. Die Abhängigkeit des "Bedarfsfalles" von den Risiko- und Zurechnungsbereichen

Die Bestimmung des jeweiligen Bedarfsfalles geschieht in den einzelnen Zweigen des Rechts der Sozialen Sicherung nach unterschiedlichen Prinzipien.

Innerhalb der Sozialversicherung geschieht dies mit den Mitteln des Versicherungsrechtes. Zwar ist die Sozialversicherung nicht reine Versicherung im Sinne der Individualversicherung, sie bedient sich jedoch unstreitig der Versicherung als ihr wesentlichstes Mittel, um ihre sozialpolitischen Ziele

15) Daher soll bei der zusammenfassenden Betrachtung in diesem Kapitel auch entweder von Leistungen bzw. Maßnahmen zur Rehabilitation oder von Eingliederungshilfen bzw. Eingliederungsmaßnahmen gesprochen werden

zu erreichen¹⁶⁾.

Wie auch in der Individualversicherung ist der Begriff des Versicherungsfalles und damit des Bedarfsfalles nach dem Sinn und Zweck des betreffenden Versicherungszweiges zu bestimmen¹⁷⁾ und stellt sich dar als "Eintritt des Wechselfalls des Lebens, gegen den sozialversicherungsrechtlicher Schutz gewährt werden soll"¹⁸⁾. Der Versicherungsträger übernimmt für den "Wechselfall des Lebens" die Gefahrtragung, die mit dem Versicherungsfall aus dem latenten in das akute Stadium übergeht. Die versicherte Gefahr verwirklicht sich¹⁹⁾.

Hieraus folgt, daß Gegenstand einer Versicherung nur ein derartiger "Wechselfall des Lebens" sein kann: Nur einzelne Ereignisse sind in der Lage einen Versicherungsfall herbeizuführen. Daher ist die Sozialversicherung eine Rechtsmaterie, in der die einzelnen gesetzlichen Regelungen bestimmte voneinander abgrenzbare "Wechselfälle des Lebens" zum Gegenstand haben. Diese aufgeteilte Risikoübernahme bewirkt, daß nicht die gesamte Persönlichkeit eines Menschen in allen seinen Äußerungsformen, sondern nur bestimmte Teilbereiche seiner Persönlichkeit Versicherungsgegenstand sein können.

Die Schwierigkeit besteht nun darin, die Erscheinungsformen von Krankheiten und Behinderungen in diese Teilbereiche zu übertragen. Häufig wird verkannt, daß hiermit keine Reduzierung von Krankheiten oder Behinderungen auf bestimmte Funktionen des Menschen vorgenommen wird, z.B. die Reduzierung auf die Funktion "Arbeit" im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit oder auf "Erwerb" im Rahmen der Erwerbsunfähigkeit,

16) Bogs, ZSR 1969, S.659

17) Eichler, Versicherungsrecht, S.34; vgl. zum Versicherungsfall 2.Kap. II 2

18) Wannagat, LB S.291; vgl. auch Sozialenquete, Rdn. 159, wo der Versicherungsfall als Schutztatbestand bezeichnet wird.

19) Gitter, Schadensausgleich S.78

sondern die Übertragung bestimmter Teilbereiche des Erscheinungsbildes von Krankheit oder Behinderung auf diejenigen gesetzlichen Vorschriften, die die jeweiligen Versicherungsfälle regeln.

Die Analyse des geltenden Rechts hat gezeigt, daß eine Übertragung in diesem Sinne möglich ist, ohne durch die Subsumtion des "Lebenstatbestandes", d.h. Teilbereiches im oben dargestellten Sinn, unter den Gesetzestatbestand, d.h. Versicherungsfall, den aus der Krankheit und der Behinderung resultierenden Belangen des Einzelnen zu schaden. Darüberhinaus hat sich erwiesen, daß die sozialgesetzlichen Einzelregelungen aufgrund ihrer jeweiligen Zielsetzungen und durch die von ihnen erfaßten Versicherungsfälle in der Lage sind, die Existenzzustände Krankheit und Behinderung trotz ihrer Komplexität zu erfassen. Dies ist allerdings nicht durch die Bedarfsdeckung bei sämtlichen Äußerungsformen dieser Existenzzustände möglich, sondern eben nur durch die Risikoübernahme einzelner Faktoren.

Innerhalb des Sozialversorgungsrechts wird die Bestimmung des Bedarfsfalles durch das sozialpolitisch und sozialethisch motivierte "Eintreten" des Staates für bestimmte Schadensereignisse so vorgenommen, daß die personenbezogenen Folgen dieser Schadensereignisse insgesamt abgedeckt werden. Eine Begrenzung des Bedarfsfalles auf einzelne Faktoren der menschlichen Existenz findet nicht statt.

Dies hat die Sozialversorgung mit der gesetzlichen Unfallversicherung gemeinsam, deren Risikobereich ebenso eingegrenzt ist und ebenfalls nicht einzelne Faktoren in ihre Schutzzatbestände einbezieht. Sie unterscheidet sich von der Sozialversorgung jedoch durch die finanzielle Abdeckung der im Bedarfsfall notwendigen Maßnahmen, indem sie, wie die übrigen Versicherungen, sich durch am Bedarf orientierte Beiträge finanziert.

Die Bestimmung des Bedarfsfalles in der Sozialhilfe orientiert sich an zwei verschiedenen Prinzipien: Einmal ist dies das Prinzip der Subsidiarität, d.h., die Sozialhilfe tritt dann ein, wenn ein tatsächlich vorhandener Bedarf von einem anderen Träger nicht gedeckt wird. Zum anderen leistet die Sozialhilfe originär bei bestimmten, über das normale Lebensrisiko jedes Einzelnen hinausgehenden Fällen, in denen der Betroffene besonderen Belastungen ausgesetzt ist.

Bei den Leistungen zur Rehabilitation (Eingliederung Behinderter) orientiert sich die Bestimmung des Bedarfsfalles ebenfalls nach diesen Prinzipien. Das hat zur Folge, daß nur in den Sozialleistungsregelungen, die für die Abdeckung aller Äußerungen eines Schadensereignisses oder Lebenszustandes zuständig sind, im Prinzip der durch die Notwendigkeit einer Rehabilitation geschaffene Bedarfsfall als Ganzes anspruchsauslösend sein könnte. Es hat sich aber erwiesen, daß diese umfassende Zuständigkeit in keinem der untersuchten Leistungsgesetze vollends gegeben ist.

Zwar decken etwa die gesetzliche Unfallversicherung und das Bundesversorgungsgesetz nicht nur bestimmte Teilbereiche eines Schadensfalles ab, wie etwa die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung. Vielmehr erfassen sie den gesamten Schadensfall und nehmen gegenüber den übrigen Rehabilitationsträgern eine an finalen Leistungsgrundsätzen orientierte Restitution und Kompensation des Schadensfalles vor. Dennoch ist weder in der gesetzlichen Unfallversicherung noch nach dem Bundesversorgungsgesetz die Möglichkeit gegeben, alle im Einzelfall notwendigen Maßnahmen zur Rehabilitation zu gewähren. Auch hier sind Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz und nach dem Schwerbehindertengesetz zur Komplettierung der Eingliederungshilfen erforderlich.

Dies gilt für die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung umso mehr, als diese Versicherungszweige durch die Ausgestaltung der von ihnen erfaßten Versicherungsfälle nur gesonderte Einzelrisiken zu übernehmen bestimmt sind.

Das in § 1 RehaAnglG normierte Ziel der Leistungen zur Rehabilitation, die Eingliederung des Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft, aber auch das Ziel der Eingliederung wie es § 10 AT-SGB formuliert, die Sicherung eines den Fähigkeiten und Neigungen des Behinderten entsprechenden Platzes in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, ist demnach in keinem der untersuchten Sozialleistungsgesetze vollständig als Bedarfsfall normiert. Diese Ziele können nur durch ein Bündel verschiedener Maßnahmen unterschiedlicher Leistungsträger erreicht werden.

Dies ist durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz trotz entgegenstehender Absicht des Gesetzgebers²⁰⁾ nicht geändert worden. Es sollte sichergestellt werden, daß der jeweils zuständige Rehabilitationsträger vom Anfang bis zum Abschluß des Verfahrens zuständig und damit verantwortlich bleibt. Die grundsätzlichen Zuständigkeiten sind jedoch durch das Angleichungsgesetz beibehalten worden.

Das heißt, daß etwa die gesetzliche Krankenversicherung auch weiterhin "für den Fall der Krankheit" Versicherungsschutz bietet und damit ausschließlich für die Wiederherstellung der Gesundheit. Es hat sich zwar gezeigt, daß "medizinische Rehabilitation" eine spezifische Methode der allgemeinen Therapie sein kann, deren Besonderheit in einem begrenzten Aktivierungsprinzip liegt. Wie ausgeführt, reicht dies

20) Der Begriff "Einheitlichkeit des Rehabilitationsfalles" stellt eines der Schlüsselworte der Amtl. Begründung dar.

aber nicht aus, jede "medizinische Rehabilitation" zu einer Krankenversicherungsleistung zu erklären. Vielmehr bestimmt sich die Zuweisung des Versicherungsfalles vor allem nach dem Sinn und sozialpolitischen Zweck des betreffenden Versicherungszweiges. Das heißt, daß für eine eindeutige Zuweisung geprüft werden muß, ob im Einzelfall die "medizinische Leistung zur Rehabilitation" als Ziel die Beseitigung der ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit hat oder das darüberhinausgehende Ziel der Erhaltung, wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In dem einen Fall wäre die Maßnahme der Krankenversicherung, im anderen Fall der Rentenversicherung zugewiesen.

Die Rentenversicherung beinhaltet als Schutzbereich die allgemeine berufliche Lebenssphäre, die im Sinne eines Versicherungsrisikos konkretisiert ist in der Erwerbsfähigkeit. Alle Maßnahmen, die die Erwerbsfähigkeit zum Gegenstand haben, sind daher ohne Unterschied, ob sie medizinischer, sozialer oder berufsfördernder Art sind, dem Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherungsträger zuzuordnen.

Hingegen sind diejenigen Maßnahmen, die auf die Verwertung der Erwerbsfähigkeit gerichtet sind, der Bundesanstalt für Arbeit zugewiesen. Für diese Aufgabe bedient sie sich individueller, auf den einzelnen behinderten Arbeitnehmer bezogener Maßnahmen und allgemeiner, direkt auf den Arbeitsplatz gerichteter Förderungsmöglichkeiten.

Der Schutz der derart in das Erwerbsleben (wieder-) eingegliederten Arbeitnehmer wird durch die Regelungen des Schwerbehindertengesetzes wahrgenommen.

Für spezielle Schadensfälle werden durch die gesetzliche Unfallversicherung und das Sozialversicherungsrecht die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung übernommen. Für die gesetzliche Unfallversicherung kommt noch hinzu, daß sie aufgrund ihrer haftungsrechtlichen

Konzeption ebenfalls Aufgaben der Bundesanstalt für Arbeit erbringen kann.

Die Maßnahmen zur Rehabilitation nach dem BSHG haben eine Doppelfunktion: In der Hauptsache tritt der Träger der Sozialhilfe dann ein, wenn ein Bedarfsfall vorliegt und von keinem anderen Sozialleistungsträger abgedeckt wird. Daneben haben die Leistungen nach dem BSHG jedoch allgemein aufgrund des Inhaltes der Hilfsmaßnahmen die Aufgabe, unabhängig von der Leistungserbringung durch andere Träger im weitesten Sinne das Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und zu fördern. Hierdurch wird von der Sozialhilfe nicht nur nachrangig ein Leistungsbereich abgedeckt, sondern ein eigenständiger Leistungsbereich für bestimmte Personengruppen geschaffen, die aus dem sonstigen durch Risiko- und Zurechnungsbereiche gebildeten System herausfallen.

Insgesamt ist die "Rehabilitation Behinderter" so in einem Gesetzssystem geregelt, das sich in das Gefüge sonstiger Sozialleistungen nahtlos einpaßt. Ein eigenständiges "System der Rehabilitation" besteht nicht.

II. Die Folgen dieser Abhängigkeit als Ausdruck der "Systemgerechtigkeit"

Die in der Amtl. Begründung des Regierungsentwurfes des Angleichungsgesetzes²¹⁾ als besonders störend empfundenen Nachteile des gegliederten Systems, nämlich die unterschiedlichen Leistungen und die Zuständigkeitsschwierigkeiten erklären sich so aus ihrer "Systemgerechtigkeit".

21) BT-Drucksache 7/1237 S.50 f.

1. Die Unterschiedlichkeit der Leistungen

Durch die Koppelung des Bedarfsfalles an den Risiko- bzw. Zurechnungsbereich wird der Leistungsumfang bestimmt durch das spezielle Risiko bzw. durch den Grad des "Einstehens", d.h., der Leistungsumfang wird kausal bestimmt. Unterschiedliche Leistungen sind demnach wesensmäßiger und adäquater Ausdruck des gegliederten Systems; adäquat auch hinsichtlich der unterschiedlichen Qualität der Leistungen. Dies wird besonders deutlich aus dem Vergleich der Leistungen von gesetzlicher Unfall- und Krankenversicherung: Während der dem unternehmerischen Risikobereich zugehörige Arbeitsunfallschaden in vollem Umfang "mit allen geeigneten Mitteln" von der Unfallversicherung abgedeckt wird, kann das aus der Lebenssphäre des Versicherten hervorgehende Krankheitsrisiko nur unter Beschränkung auf das Notwendige getragen werden.

Auch das Sozialversorgungsrecht regelt nur ein "Eintreten" der staatlichen Gemeinschaft für einen Schaden mit der Folge der Beschränkung auf das Notwendige und nicht eine an einer bürgerlich-rechtlichen Haftung orientierte Übernahme des Schadens mit der Folge einer möglichst umfassenden Naturalrestitution.

Diese in der "Systemgerechtigkeit" begründete Unterschiedlichkeit der Leistungen erlaubt jedoch nicht, daß Art und Umfang der Eingliederungshilfen in irgendeinem Sozialleistungszweig unterhalb der Grenze des Notwendigen gewährt werden, sie erlaubt und fordert jedoch in bestimmten Bereichen über diese Grenze hinausgehende Eingliederungsmaßnahmen.

Es hat sich in dieser Untersuchung gezeigt, daß die prinzipiellen Unterschiede innerhalb der Leistungsbereiche durch das Angleichungsgesetz nicht beseitigt worden sind. Zwar sind in den §§ 10, 11,

12 RehaAnglG einheitliche Leistungen für die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Maßnahmen geregelt worden, die auch in die einzelnen Leistungsgesetze übertragen wurden. Da die Grundstrukturen der jeweiligen Bedarfsfälle jedoch beibehalten worden sind, sind die in den §§ 10, 11, 12 RehaAnglG aufgeführten Maßnahmen nur insoweit in die einzelnen Leistungsgesetze integriert worden, als dies unter Beibehaltung der jeweiligen Risiko- und Zurechnungsbereiche möglich war.

So werden die Geldleistungen zwar einheitlich als "Übergangsgeld" bezeichnet, die Bindung der Höhe des Übergangsgeldes an die Höhe des individuellen Regellohnes und als Obergrenze die Leistungsbemessungsgrenzen der jeweiligen zuständigen Versicherungsträger (§ 13 RehaAnglG) sind aber beibehalten worden.

2. Zuständigkeitsschwierigkeiten

Aber auch der zweite in der Amtl. Begründung angegebene Nachteil des gegliederten Systems, die Zuständigkeitsschwierigkeiten, ist nicht durch eine "Umstrukturierung des Systems der Rehabilitation" beseitigt worden.

Zwar sind eine Reihe von Verfahrensgrundsätzen aufgestellt worden, die es den Behinderten ermöglichen sollen, die gebotenen Hilfen schnell und unbürokratisch zu erreichen. Diese Verfahrensgrundsätze rühren jedoch nicht an den grundsätzlichen Zuständigkeiten, sondern betreffen in der Hauptsache die Vorleistungsverpflichtungen bestimmter Sozialleistungsträger für bestimmte Hilfearten zur Rehabilitation.

Die grundsätzliche Regelung für die Vorleistungsverpflicht ist in § 6 Abs.2 RehaAnglG enthalten. Danach

hat in Fällen medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation die Rentenversicherung, in Fällen berufsfördernder Maßnahmen die Bundesanstalt für Arbeit vorläufige Leistungen zu erbringen, wenn ungeklärt ist, welcher der in § 2 genannten Rehabilitations-träger - also unter Ausschluß der Sozialhilfe - zuständig ist oder die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Maßnahmen aus anderen Gründen gefährdet ist. Für die nachgehenden Hilfen im Arbeitsleben regelt § 28 Abs.5 SchwbG bei einem Zuständigkeitsstreit eine Vorleistungspflicht der Hauptfürsorgestellen.

Die erste Alternative des § 6 Abs.2 RehaAnglG begründet nur dann eine Vorleistungspflicht, wenn die Zuständigkeit unter den in § 2 Abs.1 RehaAnglG genannten Trägern streitig ist. Gegenstand des Konfliktes muß also, wie bei der Parallelnorm des § 43 Abs.1 AT-SGB, die Person des Leistungspflichtigen sein, nicht die Leistungspflicht schlechthin. Gleichwohl kann dieser Kompetenzkonflikt auch den Leistungsinhalt berühren, wenn sich nämlich unterschiedliche Leistungen aus dem Unterschied der Zuständigkeit ergeben.

Zwingende Voraussetzung für die Vorleistungspflicht ist jedoch, daß der Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation entstanden und fällig ist. Dies ergibt sich daraus, daß überhaupt eine Zuständigkeit der in § 2 RehaAnglG genannten Träger vorliegen muß. Hiermit kann nur eine materielle Zuständigkeit gemeint sein. Ein Zuständigkeitsstreit etwa über medizinische Leistungen zur Rehabilitation zwischen Kranken- und Rentenversicherungsträger könnte demnach nur bei einem sowohl in der Kranken- als auch in der Rentenversicherung Versicherten entstehen. Gegenstand dieses Streites könnte nur sein, ob eine Maßnahme auf die Sicherung, Besserung oder Wiederher-

stellung der Erwerbsfähigkeit gerichtet ist, oder ob sie grundsätzlich zur Beseitigung der ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit notwendig ist. Werden durch ein und dieselbe Maßnahme beide Ziele verfolgt, so tritt § 1239 RVO ein, wonach die Krankenversicherung in erster Linie zu leisten verpflichtet ist.

Auch die zweite Alternative für die Vorleistungspflicht - die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Maßnahmen ist aus anderen Gründen gefährdet - setzt voraus, daß einer der in § 2 RehaAnglG genannten Träger überhaupt zuständig ist, die ihm obliegenden Leistungen aber nicht rechtzeitig erbringt. Die Problematik ist die gleiche wie bei der ersten Alternative: Grundsätzlich muß eine Leistungspflicht eines der Rehabilitationsträger i.S. § 2 RehaAnglG bestehen. Dies hat zur Folge, daß bei einem Streit, ob überhaupt einer der Rehabilitationsträger zuständig ist, § 6 RehaAnglG nicht eingreift. Der Grund für diese Einschränkung der Vorleistungspflicht ist darin zu sehen, daß sonst die jeweils vorleistungspflichtigen Träger ggf. auch Leistungen der nachrangigen Sozialhilfe erbringen müßten und damit bei der Erstattung der Kosten nach § 6 RehaAnglG wegen der Einkommens- und Vermögensanrechnung im Bereich der Sozialhilfe erhebliche Probleme aufgeworfen würden.

Diese Probleme sollen jedoch in dem im 6. Kapitel erwähnten Bericht der Bundesregierung²²⁾ dadurch gelöst werden, daß für § 6 RehaAnglG ein Abs. 4 vorgeschlagen wurde. Diese Regelung sieht dann eine Erstattungspflicht des Leistungsempfängers vor, wenn kein Träger zuständig ist. Letztlich könnten daher die Zuständigkeitsregelungen zu einer finanziellen Belastung des Behinderten selbst führen. Dies würde jedoch den Intentionen des § 10 AT-SGB zuwider laufen.

22) BT-Drucksache 7/4535 S.23

Sowohl § 6 RehaAnglG als auch der Vorschlag der Bundesregierung ändern nichts an den grundsätzlichen Schwierigkeiten, für eine bestimmte notwendige Maßnahme den zuständigen Träger zu finden. Die Vorleistungsbestimmung ist lediglich eine Verfahrensnorm, die zwar zugunsten des hilfesuchenden Behinderten eine Beschleunigung der Rehabilitationseinkleitung bewirkt, die jedoch die systematische Zuständigkeit der einzelnen Träger nicht berührt²³⁾.

3. Die "Einheit des Rehabilitationsträgers" i.S.

§ 5 Abs.2 RehaAnglG

Gleiches gilt für die Regelung des § 5 Abs.2 RehaAnglG, der fordert, daß jeder Träger im Rahmen seiner Zuständigkeit die nach Lage des Einzelfalles erforderlichen Leistungen so vollständig und umfassend zu erbringen hat, daß Leistungen eines anderen Trägers nicht erforderlich werden. Hierdurch macht das Gesetz aber die Ausnahme zur Regel.

Der Regelfall besteht darin, daß der Behinderte von verschiedenen Trägern jeweils im Rahmen des von ihnen zu deckenden "Bedarfes" betreut wird. Nur in den Fällen, für die nach dem 3. Buch der RVO oder nach dem BVG eine Leistungspflicht der Berufsgenossenschaften oder der Versorgungsverwaltung besteht, kann von einem Grundsatz der Einheitlichkeit der Trägerschaft ausgegangen werden, jedoch auch hier nur mit Ausnahme der Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit.

Kennzeichnend für die Rehabilitation ist es vielmehr, daß sie eingefügt ist in eine systematische Ordnung von Zuständigkeiten, die die verschiedenartigen "Bedarfsfälle" unterschiedlichen Trägern zuordnet. Nach der Gesetzesbegründung zu § 5 Abs.2 RehaAnglG

23) Brackmann, Handbuch, S.664q I

ist demgegenüber ein Wechsel in der Trägerschaft möglichst auszuschließen. Dieser Grundsatz kann trotz der absolut gehaltenen Gesetzesformulierung jedoch nur im Ausnahmefall realisiert werden. Das gegliederte System wird auch im Bereich der Eingliederung Behinderter unangetastet gelassen. Deshalb wird beispielsweise die Krankenversicherung auch weiterhin nur medizinische und die Bundesanstalt für Arbeit nur berufsfördernde Leistungen erbringen²⁴⁾.

III. Die Notwendigkeit von Koordinationsinstrumenten

Aus der Tatsache, daß Rehabilitation ein in sich vielgegliederter, nach außen aber einheitlicher Prozeß ist, folgt, daß die Einheitlichkeit dieses Prozesses im Interesse des Behinderten so weit als nur möglich gewahrt bleiben muß. Der Umstand, daß theoretisch und häufig auch praktisch verschiedene Träger unterschiedliche Leistungen in jedem Einzelfall aufgrund der ihnen obliegenden Leistungspflichten erbringen, führt jedoch zu Koordinationschwierigkeiten zwischen den jeweils beteiligten Trägern, die einzelne Abschnitte des Rehabilitationsprozesses oder sogar die Rehabilitation schlechthin verzögern oder scheitern lassen. Das Gesetz sieht daher verschiedene Instrumente vor, die diese Schwierigkeiten beseitigen sollen.

1. Die Zusammenarbeit der Träger

§ 5 Abs.1 RehaAnglG verpflichtet die Träger daher zu enger Zusammenarbeit; nach Abs.4 ist die Bundesanstalt für Arbeit von den anderen Trägern vor der

24) Jung/Preuß, Rehabilitation S.138 zu § 5 (2)

Einleitung berufsfördernder Maßnahmen zur Rehabilitation zu beteiligen, damit rechtzeitig Feststellungen über Notwendigkeit, Art und Umfang der Maßnahmen getroffen werden können.

Während Abs.1 eine allgemeine Verpflichtung zur Kooperation aller Träger enthält, wird diese Verpflichtung in Abs.4 in bezug auf die Bundesanstalt konkretisiert. Die Gesetzesbegründung scheint diese Beteiligung nur als gutachterliche Beteiligung anzusehen²⁵⁾. Dies würde jedoch dem Sinn des Abs.4 nicht gerecht werden. Ziel dieser Vorschrift ist es vielmehr, bereits in einem frühen Stadium der Rehabilitation bei der erstmaligen Beratung des Behinderten, auch schon am Krankenbett oder während einer anderen stationären Behandlung, ihren Erfolg auch durch die Vermittlung des Behinderten auf den Arbeitsmarkt, ggf. nach zusätzlichen Leistungen der Bundesanstalt in Form von Umschulung oder Arbeitsplatzeinrichtung sicherzustellen. Das nahtlose Ineinandergreifen der (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit und deren "Verwertung" soll durch § 5 Abs.4 RehaAnglG sichergestellt werden.

Unter dem gleichen Aspekt ist auch § 5 Abs.1 RehaAnglG zu betrachten, der nicht nur die Träger im Verhältnis zur Bundesanstalt verpflichtet, sondern auch untereinander. Um die Zusammenarbeit sicherzustellen, sieht das Gesetz in § 5 Abs.6 vor, daß die Träger im gegenseitigen Einvernehmen Gesamtvereinbarungen abschließen können. Als Ziel dieser Gesamtvereinbarungen nennt es die Sicherstellung des nahtlosen und zügigen Verlaufes des Rehabilitationsverfahrens und die Erbringung von dem Umfang nach einheitlichen Leistungen zur Rehabilitation.

Im Entwurf des Gesetzes hieß es noch, daß die Träger darauf hinzuwirken hätten, die Leistungen zur Rehabilitation möglichst einheitlich zu erbringen.

25) BT-Drucksache 7/1237 S.56 zu Abs.4

Das Wort "möglichst" ist vom zuständigen Bundestagsausschuß mit der Begründung gestrichen worden, daß das Ziel des Gesetzes, einheitliche Leistungen zu gewähren, nur erreicht werden könne, wenn die Träger ohne jeden Vorbehalt verpflichtet seien, einheitliche Leistungen zu erbringen.

Hiermit scheint der Gesetzgeber die in der "Systemgerechtigkeit" begründeten unterschiedlichen Leistungen der einzelnen Träger doch noch beseitigen zu wollen. Er bindet die von ihm geforderten Gesamtvereinbarungen jedoch an den durch Gesetz, Rechtsverordnung und allgemeiner Verwaltungsvorschrift gesteckten Rahmen. Der in den gesetzlichen Vorschriften geregelte Leistungsumfang der einzelnen Träger muß daher bei der "Vereinheitlichung" der Leistungen berücksichtigt werden.

Aus dieser Vorschrift kann also z.B. nicht gefolgert werden, daß die Rentenversicherungsträger nunmehr verpflichtet wären, wie die Unfallversicherungsträger "mit allen erforderlichen Mitteln" ohne Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten zu betreiben, oder daß die Krankenversicherungsträger im gleichen Maß zu medizinischen Leistungen wie die Unfallversicherungsträger verpflichtet seien. Sinnvollerweise kann § 5 Abs.6 RehaAnglG insoweit nur dahingehend verstanden werden, daß die Rehabilitationsträger durch die Gesamtvereinbarungen bewirken müssen, daß ungerechtfertigte Unterschiede vermieden werden.

2. Der Gesamtplan

Das neben diesen Gesamtvereinbarungen wichtigste Koordinationsinstrument ist der in § 5 Abs.3 RehaAnglG geregelte Gesamtplan, der in allen geeigneten Fällen aufzustellen ist, insbesondere wenn das Rehabili-

tationsverfahren mehrere Maßnahmen umfaßt oder andere Träger und Stellen daran beteiligt sind. Auch der Gesamtplan hat die Sicherstellung des nahtlosen Ineinandergreifens der Maßnahmen zum Ziel, damit eine vollständige und dauerhafte Eingliederung erreicht wird.

Eine Parallelnorm findet sich in § 46 BSHG, wonach es dem Sozialhilfeträger obliegt, im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan aufzustellen.

a) Der Inhalt des Gesamtplanes

Die Komplexität dieses unbestimmten Rechtsbegriffes wird aus dem Leitsatz des Bayerischen Verwaltungsgeschichtshofes deutlich, wenn er sich zu den Pflichten des Sozialhilfeträgers im Rahmen des § 46 BSHG wie folgt äußert²⁶⁾: "Er muß nicht nur federführend und koordinierend tätig werden, wenn mehrere Leistungsträger beteiligt sind, sondern er muß auch initiativ eingreifen, den Fall unter Kontrolle halten, den Erfolg geleisteter Hilfe und die Notwendigkeit neuerlicher Maßnahmen überwachen".

Die Aufstellung dieses Gesamtplanes bedeutet demnach nicht nur die Entscheidung über die im Augenblick erforderlichen Maßnahmen, die Prüfung, ob und welche Maßnahmen in Frage kommen, in welcher Reihenfolge sie durchzuführen sind²⁷⁾. Der Gesamtplan ist vielmehr auch eine das gesamte Rehabilitationsgeschehen flankierende Maßnahme, die sicherstellen soll, daß die einzelnen Phasen der Rehabilitation sinnvoll ineinandergreifen und nach Möglichkeit rechtzeitig eingeleitet werden.²⁸⁾

26) Urt. v. 15.6.1965 Az. 26 S III 64, FEVS 12, 203

27) vgl. Knopp/Fichtner BSHG § 46 Rdn.2

28) vgl. Gottschick/Giese BSHG § 46 Rdn.2

Wenn nur eine Maßnahme in Aussicht genommen wird, bedarf es natürlich nicht der Aufstellung eines "Gesamt"-Planes. Dagegen kann eine sich später als sachdienlich erweisende Maßnahme die Notwendigkeit der Aufstellung eines Planes hervorrufen.

Die tatsächlichen Schwierigkeiten, die der Gesetzgeber mit diesem Institut "Gesamtplan" den Rehabilitationsträgern aufbürdet, sind mithin so groß, daß nur in wenigen Einzelfällen alle "Phasen" und Faktoren des Rehabilitationsgeschehens umfassend und in allen Einzelheiten aufgeführt werden können²⁹⁾. Hieraus folgt jedoch nicht, daß die Entscheidung über die Durchführung einer Maßnahme sich in aller Regel nur auf eine Rehabilitationsstufe erstreckt³⁰⁾. Der Gesamtplan darf sich nicht zunächst etwa nur auf die Heilbehandlung beziehen und erst wenn eine weitere Stufe in Betracht kommt, eine weitere Entscheidung des dann zuständigen Rehabilitationsträgers in den Plan einbezogen werden. Ein solches, in entscheidenden Punkten Sinn und Zweck des Gesamtplanes verkennendes Verfahren kann dazu führen, daß die Rehabilitation wegen der stockenden Entscheidung über die Eingliederungsleistungen verzögert wird³¹⁾.

Wesentlich für die Verwirklichung des vom Gesetzgeber gewollten nahtlosen Ablaufes ist vielmehr, daß der Gesamtplan von Anfang an das gesamte Rehabilitationsgeschehen mitberücksichtigt. Selbstverständlich können sich dann aber im Verlaufe des Verfahrens z.B. wegen wesentlicher Besserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Behinderten Änderungen des Gesamtplanes als notwendig erweisen.

29) so auch Wertenbruch, SGB 1977, S.329

30) Rdschr.d.Verb.Deutscher RentenversTräger Nr. 26/74 vom 1.8.1974, zitiert v. Trachte in BG 1974, S.515 (516)

31) so auch Preuss, BABI 1975, S.333

Der Gesamtplan verkörpert so in sich alle Schwierigkeiten der Rehabilitation. Es wird darauf hingewiesen³²⁾, daß niemand mit Sicherheit voraussagen könne, wie ein Eingliederungsfall ablaufen werde. Es stehe ja noch nicht einmal fest, ob etwa die unmittelbare Unfallfolge eine "Krankheit" bleibe oder ob sie sich durch Komplikationen zu einer Behinderung entwickle.

Die Forderung des Gesetzgebers zwingt alle Beteiligten Stellen jedoch zu einem planmäßigen Rehabilitationshandeln und damit zu einem innerhalb des gegliederten System der sozialen Sicherung integrierenden Handeln der einzelnen Träger, das im Einzelfall nicht zu einem Nebeneinander, sondern zu einer praktischen Verzahnung der einzelnen Maßnahmen führen soll³³⁾

b) Die Rechtsproblematik des Gesamtplanes

Diese tatsächlichen Schwierigkeiten schlagen sich auch in der rechtlichen Beurteilung dieses Institutes nieder.

§ 5 Abs. 3 RehaAnglG schreibt vor, daß der zuständige Träger den Gesamtplan aufzustellen hat. Wenn man wie hier den Gesamtplan sinnvollerweise auf alle im Rahmen der Rehabilitation notwendigen Eingliederungshilfen bezogen und nicht als "Stufenplan" ansieht, stellt sich immer dann, wenn mehrere Rehabilitationsträger für die einzelnen Hilfen leistungspflichtig und damit zuständig sind, die Frage, welcher dieser Träger für den Gesamtplan zuständig ist.

Aus der Gesetzesbegründung des § 369 b Abs. 1 RVO³⁴⁾ könnte man entnehmen, daß grundsätzlich der Krankenversicherungsträger den Gesamtplan aufstellen muß.

32) Wertenbruch, SGB 1977, S. 329

33) vgl. Wertenbruch in: Das neue SGB S. 140 f.

34) BT-Drucksache 7/1237, S. 65 f.

Dort heißt es:

"Den Krankenkassen kommt nach § 5 Abs.3 dieses Entwurfes künftig im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen im Zusammenwirken mit dem Behinderten, den behandelnden Ärzten und den anderen am Rehabilitationsverfahren beteiligten Stellen eine Steuerungsfunktion zu. Sie sind insbesondere zur Aufstellung eines Gesamtplanes verpflichtet, wenn mehrere Maßnahmen zur Rehabilitation erforderlich sind und andere Träger und Stellen am Rehabilitationsverfahren beteiligt sind. Sie haben sicherzustellen, daß die Maßnahmen zur Rehabilitation nahtlos ineinandergreifen."

In § 369 b Abs.1 RVO werden die Kassen verpflichtet, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt eine Begutachtung durch einen Vertrauensarzt zu veranlassen, wenn dies zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Aufstellung eines Gesamtplanes erforderlich erscheint. Diese Regelung erklärt sich jedoch nur im Zusammenhang mit § 4 Abs.3 RehaAnglG. Dort wird der zuständige Träger verpflichtet, mit der Einleitung einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation und während ihres Verlaufes zu prüfen, ob berufsfördernde Maßnahmen notwendig werden.

Wenn die Rentenversicherungsträger medizinische Maßnahmen erbringen, sind sie wie die Unfallversicherungsträger auch verpflichtet, ggf. notwendige berufsfördernde Maßnahmen durchzuführen, so daß in diesen Fällen die Koordination der verschiedenen Maßnahmen gesichert ist. Sind hingegen die Krankenkassen leistungspflichtig, so muß für eine berufsfördernde Maßnahme ein anderer Träger hinzugezogen werden. Die Vorschrift des § 369 b Abs.1 Nr.3 RVO ist nun dahingehend zu verstehen, daß das vertrauensärztliche Gutachten die Grundlage für die weiteren Maßnahmen des anderen Trägers darstellt. Diese Vorschrift stellt

in diesen Fällen daher den nahtlosen Übergang von Therapie zur Eingliederung sicher. Eine grundsätzliche Verpflichtung der Kassen, den Gesamtplan aufzustellen, kann man hieraus nicht entnehmen.

Zuständig i.S. § 5 Abs.3 RehaAnglG ist vielmehr der für die zeitlich erste Maßnahme zur Rehabilitation zuständige Träger. Hieraus folgt, daß die Kassen nur dann für den Gesamtplan zuständig sind, wenn sie im Rahmen ihrer Leistungspflicht Maßnahmen zur Therapie oder Therapiesicherung erbracht haben und berufsfördernde Maßnahmen sich als notwendig erweisen. Ergibt sich die Notwendigkeit berufsfördernder Maßnahmen während medizinischer Leistungen zur Rehabilitation, für die etwa der Rentenversicherungsträger zuständig ist, so hat dieser den Gesamtplan aufzustellen. Immer ist jedoch durch § 5 Abs.4 RehaAnglG sichergestellt, daß die Bundesanstalt hierbei zu beteiligen ist.

Während hierdurch der Bundesanstalt Einfluß auf den Inhalt des Gesamtplanes eingeräumt wird - § 5 Abs.5 RehaAnglG sieht sogar ein Einigungsverfahren vor, wenn ein Rehabilitationsträger dem beruflichen Eingliederungsvorschlag des Arbeitsamtes gem. § 57 AFG nicht zustimmt - fehlt eine Regelung, wie z.B. der Rentenversicherungsträger an der Aufstellung des Gesamtplanes zu beteiligen ist, wenn die Krankenkasse zuständig i.S. § 5 Abs.3 RehaAnglG ist. Dann stellt sich die Frage, ob etwa der von der Krankenkasse aufgestellte Gesamtplan für den Rentenversicherungsträger verbindlich ist.

Da eine Beteiligung der anderen nach den jeweiligen Leistungsgesetzen zuständigen Träger im Gesetz nicht vorgesehen ist, würde eine Bindung dieser Träger an den Gesamtplan zur Folge haben, daß der i.S. § 5 Abs.3

RehaAnglG zuständige Träger auch über die Leistungen dieser Träger entscheidet. Eine solche Bindung an den Gesamtplan kann aus dem Gesetz jedoch nicht entnommen werden.

Zwar sind etwa auch die Rentenversicherungsträger bei Vorliegen der Voraussetzungen gem. §§ 1236 ff. RVO verpflichtet, Leistungen zu erbringen³⁵⁾, die Prüfung, ob die Voraussetzungen vorliegen, muß jedoch ihnen vorbehalten bleiben. Eine Bindungswirkung des Gesamtplanes kann allenfalls dann angenommen werden, wenn die am Rehabilitationsverfahren beteiligten Träger diesem zugestimmt haben. Schon aus diesem Grunde ist eine enge Zusammenarbeit der Träger auch in dieser Phase angezeigt.

Aber auch diese Bindung der Träger zueinander bedeutet keine absolute Verpflichtung zur Durchführung der vorgesehenen Maßnahmen; vielmehr ist der Gesamtplan regelmäßig an die veränderten Umstände, wie etwa die gesundheitliche Entwicklung des Behinderten anzupassen³⁶⁾.

Hieraus folgt, daß der Gesamtplan keine Wirkung zu Gunsten Dritter entfalten kann und dem Betroffenen keinen Anspruch auf die Durchführung einer im Plan erwähnten konkreten einzelnen Maßnahme einräumt³⁷⁾.

Seiner Natur nach ist der Gesamtplan nicht etwa ein Verwaltungsakt, da das Begriffsmerkmal der Regelung eines Einzelfalles mit unmittelbarer rechtlicher Wirkung fehlt, sondern er ist schlichtes Verwaltungshandeln, gegen das dem Behinderten ggf. die Leistungsklage zur Verfügung steht³⁸⁾.

35) vgl. zur Leistungspflicht der Rentenversicherungsträger bei Rehabilitationsmaßnahmen 2.Kap. II, III

36) vgl. OLG Münster Urt. v. 7.12.72 FEVS 22, 14 (15); Jung/Preuß S.138

37) Brackmann, Handbuch S.664 q IV

38) Wallerath, ZSR 1971, S.577; Trachte, BG 1974, S.515

- 15) -

Im Rahmen der Aufstellung des Gesamtplanes ist den Rehabilitationsträgern somit ein im Recht der Selbstverwaltung wurzelnder Handlungsspielraum gelassen, der sachgerecht nur durch ein Höchstmaß an Kooperation³⁹⁾ ausgefüllt werden kann. Schwierigkeiten können sich im Einzelfall nach wie vor bei der Ermittlung des zuständigen Trägers ergeben. Zwar tritt insoweit auch die in § 6 Abs.2 RehaAnglG normierte Vorleistungspflicht ein. Hiermit ist jedoch - wie dargestellt - noch nicht gewährleistet, daß die Anwendung derjenigen zweckgerichteten Maßnahmen in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur Erhaltung, Wiederherstellung und Besserung der Fähigkeiten des Menschen, am gesellschaftlichen Leben aktiv teilzunehmen, auch gesichert ist. Insoweit ist es Aufgabe der in § 5 Abs.6 RehaAnglG vorgesehenen Gesamtvereinbarungen, eine für alle beteiligten Träger und Stellen verbindliches Verfahren festzulegen, um dadurch auch in diesem Bereich dem Gedanken verantwortlicher Selbstverwaltung gerecht zu werden⁴⁰⁾.

IV. Ergebnis

Die Betrachtung der "Rehabilitation" als Gegenstand des Systems der sozialen Sicherung ergibt, daß die dieses System ausfüllenden Rechtsnormen sowohl einzeln als auch in ihrer Gesamtheit nur Teilbereiche dieses komplexen Begriffes erfassen. "Rehabilitation" ist mehr als das, was aufgrund gesetzlicher Vorschriften "geleistet" wird. Das Recht der sozialen Sicherung bietet lediglich die kostenabdeckende Grundsicherung für einen vielfältigen Prozeß mit- und zwischenmenschlichen Handelns auf der Basis der Methoden unterschiedlichster Wissen-

39) vgl. auch Amtl.Begründung BT-Drucksache 7/1237, S.1

40) vgl. bereits "Gesamtvereinbarung über die Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit bei beruflicher Rehabilitation" in BKK 1977, S. 189 - § 3 "Eingliederungsvorschlag", § 5 "Durchführung des Gesamtplanes"

schaftsdisziplinen. "Rehabilitation" ist nur in diesem Rahmen als Gegenstand des Systems der sozialen Sicherung zu verstehen.

Wegen des umfassenden Zieles dieses Gegenstandes sind die einzelnen Regelungen des gegliederten Systems jedoch nicht in der Lage, allen seinen Notwendigkeiten gerecht zu werden. Dies ist bei den Sozialleistungsgesetzen nur im Rahmen des jeweiligen Bedarfsfalles möglich. Durch den allgemeinen Gebrauch des Wortes "Rehabilitation" in der sozialpolitischen Diskussion für die rechtliche Grund-sicherung der die gesamte menschliche Existenz erfassenden Rehabilitation sind die Konturen des begrifflichen Bereiches jedoch verblaßt, so daß jeder Sozialleistungsträger auch "Rehabilitationsträger" wurde. In Wirklichkeit ist er jedoch nur "Träger von Maßnahmen zur Rehabilitation".

Allerdings sollte durch diese pauschale Bezeichnung der Sozialleistungsträger in der sozialpolitischen Diskussion auch eine sozialpolitische Tendenz gekennzeichnet werden, die durch die Gesetzgebung im Sinne eines teleologischen Prinzips realisiert werden sollte⁴¹⁾. Diese Tendenz des Überganges vom Kausalitätsprinzip zum sog. Finalitätsprinzip wird für den Bereich der Rehabilitation vielfach auch mit der Erwägung begründet, daß für den Behinderten nicht die Ursache, sondern allein die Tatsache seiner Behinderung wichtig sei.

Dem kann sicherlich zugestimmt werden, jedoch bedeutet dies nicht auch zugleich, daß das Kausalitätsprinzip als Ordnungsprinzip des Rechts der sozialen Sicherung im Widerspruch zur Rehabilitation steht. Vielmehr hat diese Untersuchung gezeigt, daß die Zielgerichtetheit rehabilitativen Handelns und damit der grundsätzliche Vorrang des Ziels und der Funktion

41) Watermann in: Festschrift für Peters S.183 (1977); vgl. Amtl.Begründung BT-Drucksache 7/1237 S.1A

der einzelnen Regelungen trotz bzw. sogar wegen des Ordnungsprinzips Kausalität im geltenden Recht verwirklicht ist. Insoweit wird vielfach außer acht gelassen, daß letztlich auch in den rein kausal ausgerichteten Zweigen der sozialen Sicherung die einzelnen Leistungen unter zweckbestimmten Gesichtspunkten gewährt werden⁴²⁾.

Insoweit unterscheidet sich die "Eingliederung Behinderter" nicht von anderen Sozialleistungen. Dies führt dazu, daß die Leistungen zur Rehabilitation nur in dem von dem Ordnungsprinzip Kausalität geprägten Bedarfsfall gewährt werden, was zu nach Qualität und Quantität unterschiedlichen Leistungen führt. Hierbei unterschreiten Qualität und Quantität jedoch nie das im Sinne einer erfolgreichen Rehabilitation notwendige Maß.

Die aufgrund dieses Ordnungsprinzips gegliederte "Eingliederung Behinderter" führt dazu, daß die im Interesse der Rehabilitation notwendigen Maßnahmen in keinem Fall von einem Leistungsträger allein erbracht werden können. Die hierdurch verursachten Zuständigkeitsschwierigkeiten im Einzelfall werden jedoch durch den positiven Effekt der Spezialisierung der einzelnen Träger bei weitem ausgeglichen.

Es hat sich aber gezeigt, daß im Bereich der Sozialhilfe ein Teilbereich der Rehabilitation gesetzlichen Niederschlag gefunden hat, in dem unabhängig von den sozialhilferechtlichen Leistungsvoraussetzungen, Subsidiarität und Bedürftigkeit, Leistungen zur sozialen Integration und im schulisch-pädagogischen Bereich erbracht werden. Dieser Teilbereich ist jedoch Ausdruck einer an den Zielsetzungen der Rehabilitation gemessenen "Daseins"-Vorsorge⁴³⁾ und nicht etwa Ansatzpunkt für eine "finale Vereinheitlichung" des Rechts der "Eingliederung Behinderung" und darüberhinaus etwa auch des Rechts der sozialen Sicherung.

⁴²⁾ Sozialenquete S.80 Nr.206

⁴³⁾ zum Begriff vgl. Forsthoff, Rechtsfragen der leistenden Verwaltung S.9 f.

LEBENS LAUF

Ich wurde am 28.2.1945 in Borken/Westf. geboren.
Seit 1977 bin ich mit Irmtraud Blum, geb. Rensinghoff
verheiratet; wir haben einen Sohn.

Nach dem Abitur immatrikulierte ich mich im Sommer-
semester 1966 an der Ruhr-Universität Bochum im Fach
Rechtswissenschaft und legte am 16.12.1970 das erste
juristische Staatsexamen ab.

Am 1.1.1971 wurde ich als wissenschaftliche Hilfskraft
am Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum
angestellt, am 1.3.1971 nahm ich den juristischen Vor-
bereitungsdienst auf.

Am 1.12.1973 ließ ich mich zur Durchführung eines For-
schungsprojektes vom Vorbereitungsdienst beurlauben und
war bis zum 30.6.1976 als wissenschaftlicher Angestellter
am Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum
tätig.

Am 1.7.1974 nahm ich den juristischen Vorbereitungsdienst
wieder auf und arbeitete bis zum 31.12.1975 in Neben-
tätigkeit wieder als wissenschaftliche Hilfskraft.

Am 23.3.1976 bestand ich das zweite juristische Staats-
examen.

Seit September 1976 bin ich in einer Beratungsgesellschaft
für betriebliche Altersversorgung tätig.

Willich, im Februar 1979



